

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Reabilitação

Relatório de Estágio

**A Intervenção do Enfermeiro Especialista em
Reabilitação na Comunicação Não-verbal à Pessoa com
Lesão Cerebral**

Filipa Cristina Pinto Santos

Lisboa
2018



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Reabilitação

Relatório de Estágio

**A Intervenção do Enfermeiro Especialista em
Reabilitação na Comunicação Não-verbal à Pessoa com
Lesão Cerebral**

Filipa Cristina Pinto Santos

Orientador: Prof.^a Doutora Fátima Mendes Marques

Lisboa
2018



“Embora não fosse capaz de compreender o que me diziam, a sua expressão facial e linguagem corporal diziam-me tudo. (...) A maior lição que aprendi nessa manhã foi que, no que tocava à minha reabilitação, o êxito ou o fracasso daqueles a cujos cuidados estava entregue dependia fundamentalmente de mim. A decisão de colaborar ou não era minha. Decidi colaborar com os profissionais que me trouxessem energia quando estabeleciam uma ligação comigo, me tocassem com consideração e delicadeza, mantissem contacto visual directo comigo e falassem comigo com calma.”

Taylor, 2008

AGRADECIMENTOS

- À Sr.^a Prof.^a Doutora Fátima Mendes Marques, pela sua disponibilidade, apoio, compreensão e incentivo ao longo do processo de orientação. Por despoletar em mim oportunidades de crescimento e aprendizagem e por revelar sempre interesse e entusiasmo pelo meu trabalho;
- Às orientadoras de estágio, Enf^{as} Chefe e restante equipa de enfermagem, pela disponibilidade e acolhimento realizado nos seus serviços, por contribuírem para a serenidade e oportunidades necessárias ao desenvolvimento do meu projeto. Em especial à Sr.^a Enfermeira que me orientou no serviço de neurocirurgia pelo exemplo profissional, pelo trabalho desenvolvido na área cognitiva e na investigação que foram fonte de inspiração e motivação;
- À equipa onde me insiro a exercer funções pelas palavras de incentivo e interesse pelo meu percurso, bem como por sempre me terem facilitado o horário de maneira a conseguir realizar o estágio e respetivo relatório;
- À Sr.^a Enf. Chefe Florbela Romão pelo seu voto de confiança e incentivo;
- A todos os que cuidei, antes e durante o estágio, que despertaram o interesse pela temática e que contribuíram para a implementação do meu projeto;
- Aos meus pais que contribuíram para o meu desenvolvimento pessoal e que foram um suporte ao longo deste percurso académico, ajudando-me a cuidar de mim e da minha família enquanto eu cuidava de outros;
- Ao Pedro Alves por toda a paciência, apoio e incentivo quando estava menos motivada ou mais descrente;
- Ao meu filho Miguel, pela serenidade e tolerância que teve ao longo deste processo, mesmo quando a mãe estava mais cansada e impaciente. Pela sua postura protetora e responsável pelo meu trabalho, não deixando que ninguém mexesse nele: “Não mexe, é do trabalho da mamã”;
- À família e amigos pela compreensão que tiveram para com a minha ausência e pela paciência em me ouvirem falar do meu trabalho quando presente;
- A Deus, pelo pilar que é na minha vida, por nunca me deixar só nem desamparada, proporcionando-me encontrar todos os que mencionei até agora como seus mensageiros.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CV - Comunicação Verbal

CNV – Comunicação Não-Verbal

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EE – Enfermeiro Especialista

EEER - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ER – Enfermagem de Reabilitação

ERA – Escala Rancho Los Amigos

DGS – Direção Geral da Saúde

LC – Lesão Cerebral

MIF – Medida de Independência Funcional

OE – Ordem dos Enfermeiros

PBE – Prática Baseada na Evidência

RFR – Reeducação Funcional Respiratória

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SR – Sistemas de Representação

Sr. - Senhor

SWOT – *Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*

TCE – Traumatismo Crânio-Encefálico

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

WHO – World Health Organization

RESUMO

A comunicação é o processo pela qual duas ou mais pessoas partilham ideias, emoções e cultura através de uma interação/relação recíproca entre ambas e o ambiente. Para isso, os intervenientes recorrem à linguagem, sistema de sinais utilizado para produzir e compreender discurso expressivo.

Quando uma pessoa sofre uma lesão cerebral (LC) é frequente a aquisição de um distúrbio da linguagem verbal e, conseqüentemente da comunicação. Estes são responsáveis pela dificuldade na integração familiar, profissional e social e pela redução do entusiasmo em participar na reabilitação. São ainda uma barreira ao entendimento e conhecimento da pessoa e das suas necessidades por parte do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER).

Por estes motivos, deve ser uma área prioritária de investigação por parte do EEER. Este deve procurar na sua intervenção não só atuar na reeducação funcional cognitiva mas principalmente reduzir a desvantagem comunicacional enquanto incapacidade para maximizar o potencial comunicacional preservado a fim de capacitar a pessoa com LC para a sua reinserção social. Esse potencial passa, na grande maioria das situações, pela comunicação não verbal (CNV), área ainda pouco estudada pela enfermagem em geral, e pela especialidade de reabilitação em particular.

Para dar resposta a essa necessidade de investigação surge o projeto de estágio intitulado “A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Comunicação Não-verbal à Pessoa com Lesão Cerebral” e a elaboração do seu respetivo relatório.

Com o relatório de estágio pretendo descrever mas acima de tudo analisar o meu desempenho e desenvolvimento de competências durante o estágio à luz da temática abordada e da teoria de Imogene King (Teoria das Estruturas de Sistemas de Interação e Teoria da Consecução de Objetivos).

Palavras-chave: Lesão cerebral, linguagem não-verbal, comunicação não verbal, reabilitação, enfermagem de reabilitação.

ABSTRACT

Communication is the process by which two or more people share ideas, emotions and culture through a reciprocal interaction / relationship between the two and the environment. For this, the actors use the language, system of signals used to produce and understand expressive speech.

When a person suffers from a brain injury (BI), it is common to acquire a disorder of verbal language and, consequently, communication. These are responsible for the difficulty in integrating family, professional and social and for reducing the enthusiasm in participating in rehabilitation. They are also a barrier to the understanding and knowledge of the person and their needs by the nurse specialist in rehabilitation nursing.

For these reasons, it should be a priority area for research by the nurse specialist in rehabilitation nursing. The latter should seek not only to act in functional cognitive reeducation but also to reduce the communicational disadvantage as an inability to maximize the preserved communication potential in order to enable the person with BI to be socially reintegrated. In the vast majority of situations, this potential is found in non-verbal communication (CNV), an area that is still rarely studied by nursing, in general, and by the specialty of rehabilitation in particular.

In order to respond to this need for research, a trainee project entitled "The Intervention of the Nurse Specialist in Rehabilitation Nursing in Nonverbal Communication to the Person with Brain Injury" appears and the preparation of the respective report.

With the internship report I intend to describe but above all analyze my performance and competence development during the internship in the light of the subject matter and the theory of Imogene King (Theory of Interaction Systems Structures and Theory of Goal Achievement).

Keywords: Brain injuries, non-verbal language/non-verbal communication, rehabilitation and rehabilitation nursing

ÍNDICE	Pág.
INTRODUÇÃO	11
1. COMPONENTE CIENTÍFICA E FORMATIVA.....	15
1.1. A pessoa em situação de lesão cerebral.....	15
1.2. Comunicação não-verbal: veículo da interação	16
1.2.1. Mecanismos neuronais da comunicação.....	17
1.2.2. Pensamentos, emoções e sentimentos.....	18
1.2.3. Sistemas de representação.....	20
1.2.4. Sistemas de comunicação não-verbal.....	21
1.2.5. Espelhamento Vs Empatia.....	22
1.3. A conceptualização dos cuidados de enfermagem	23
1.4. A intervenção do EEER: da avaliação à capacitação	25
2. IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO	28
2.1. Análise crítica das atividades desenvolvidas	28
2.2. Avaliação da contribuição do projeto para a ER.....	60
3. AVALIAÇÃO DO PERCURSO FORMATIVO: A TRANSAÇÃO DE GENERALISTA A ESPECIALISTA	64
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67

APÊNDICES

Apêndice I – Projeto de Estágio

Apêndice II - Estratégia de pesquisa para elaboração do projeto de estágio

Apêndice III – Planeamento de atividades

Apêndice IV – Guiões de entrevista aos serviços de implementação do projeto

Apêndice V – Caracterização dos Locais de Estágio

Apêndice VI – Jornal de Aprendizagem: Fronteiras profissionais

Apêndice VII – Poster “A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Reabilitação na Comunicação Não-Verbal à Pessoa com Lesão Cerebral”

Apêndice VIII – Norma de procedimento: comunicação não-verbal com e na pessoa com lesão cerebral com linguagem comprometida

Apêndice IX - Sistema de comunicação por imagens

Apêndice X – Registo da CNV da pessoa submetida ao PEM

Apêndice XI – Monitorização da CNV durante a interação Enfermeiro-Pessoa

Apêndice XII – Ação de formação intitulada “Comunicação Não-Verbal – Contributos da Intervenção de Enfermagem”

Apêndice XIII - Ação de formação intitulada “Comunicação Não-Verbal – Contributos para a prática de Enfermagem”

Apêndice XIV – Grelha de avaliação e registo da CNV

Apêndice XV – Jornal de Aprendizagem: Fontes de informação

Apêndice XVI – Jornal de Aprendizagem: Reabilitação Cognitiva

Apêndice XVII – Folheto – AVC: Posicionamentos

Apêndice XVIII – Jornal de Aprendizagem: Capacitação na disfagia

Apêndice XIX – Jornal de Aprendizagem: CNV como veículo para a capacitação

Apêndice XX - Artigo para newsletter da UCC

Apêndice XXI – Artigo científico – The person with brain injury: wordless rehabilitation

Apêndice XXII – Exemplo de Processo de Enfermagem

ANEXOS

Anexo I – Classificação dos quadros de afasias

Anexo II – Avaliação dos movimentos oculares

Anexo III – Teste breve para rastreio da Afasia

Anexo IV – *Token Test*

Anexo V – *Montreal Cognitive Assesment* (MoCA): versão portuguesa 7.3 – versão alternativa

Anexo VI – Ciclo Reflexivo de Gibb’s

Anexo VII – Medida de Independência Funcional

Anexo VIII – Programa de Estimulação Multissensorial

Anexo IX – Radiografia do Tórax antes e após RFR

Anexo X – Certificado de presença no Congresso Internacional de Enfermagem de Reabilitação 2017 e respetiva apresentação de poster

Anexo XI – Certificados de participação nos *Workshop’s* do Congresso Internacional de Enfermagem de Reabilitação 2017

Anexo XII – Avaliações dos estágios

INTRODUÇÃO

A comunicação é o processo responsável pela emissão e recepção de mensagens entre duas ou mais pessoas que procuram compreender e serem compreendidas, permitindo “uma adaptação ao ambiente, bem como modificá-lo e transformá-lo, construindo a realidade social (Sequeira, 2016, p.2). Quando associada à interação, torna-se um pilar fundamental à relação terapêutica através da qual os intervenientes definem objetivos/metas comuns e os meios para os alcançar (King, 1984).

Este desafio é cada vez maior à prática de enfermagem pelo aumento de situações onde este processo é comprometido devido a distúrbios da linguagem. O acidente vascular cerebral (AVC), o traumatismo crânio-encefálico (TCE), os tumores e as demências são as patologias que dão maior contributo para esta realidade (Caldas, 2017).

Da minha prática clínica identifiquei uma dificuldade na abordagem, avaliação e intervenção junto dessas pessoas, traduzindo-se numa falta de participação das mesmas na prestação de cuidados. Tal perceção é corroborada por Buhl e Pallesen (2015) ao afirmarem que não existe o mesmo entusiasmo em participar na reabilitação quando a capacidade de comunicação está comprometida.

A barreira comunicacional torna-se um obstáculo ao entendimento e conhecimento da pessoa e das suas necessidades por parte do EEER traduzindo igualmente um impacto na sociedade. Acarreta dificuldades na integração familiar, profissional e social; pior qualidade de vida (Menoita, Sousa, Alvo & Marques-Vieira, 2012); estados de fúria e depressão (Sousa, 2005) e sensação de desconexão, desintegração e alienação pelo obstáculo que a falta de capacidade de comunicação adiciona à gestão da vida diária (Sundin & Jansson, 2003).

Esta é uma área de interesse pessoal mas acima de tudo profissional e de emergência social. Assim, considero a intervenção do EEER na área comunicacional fundamental, sendo preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (OE) que esta objetive a promoção do máximo potencial de saúde, através da maximização do bem-estar, promoção da inclusão social e da “adaptação eficaz aos problemas de saúde” (OE, 2015, p.4).

Esta problemática fez-me questionar sobre as estratégias e a intervenção do EEER com vista à promoção de uma comunicação mais eficaz e, consequentemente, uma prestação de cuidados mais centrada na pessoa, traduzindo uma maior participação desta no seu programa de reabilitação. Quando a comunicação está escrita ou verbalmente comprometida não significa que a pessoa com LC não compreenda ou não tenha potencial de comunicação. Nestas situações, durante a prestação de cuidados, o enfermeiro deverá centrar-se na comunicação não verbal (CNV), através de estratégias comunicacionais e, simultaneamente, num tratamento orientador da linguagem (Sousa, 2005).

A CNV assume sempre um papel preponderante na sua eficácia comunicacional, mesmo quando não está comprometida, daí a sua elevada importância neste processo interacional. Esta ideia é corroborada por Ramos e Bortagarai (2012) ao afirmarem que

a comunicação não-verbal abrange cerca de 93% das possibilidades de expressão, em um contexto de interação social, manifestando-se em 38% das oportunidades por sinais paralinguísticos, tais como a entoação de voz, os grunhidos, os ruídos vocálicos de hesitação, a pronúncia, a tosse e o suspiro provocados por tensão; e, em 55%, pelos sinais silenciosos do corpo, como os gestos, o olhar, a postura, a expressão facial, assim como as próprias características físicas, que individualizam o indivíduo dentro do seu contexto específico (Ramos & Bortagarai, 2012, p.164).

Também já King, em 1984, destacava a importância da CNV afirmando que esta é a origem de mais de 90% da informação usada para determinar atitudes ou sentimentos, e apenas 7% dessa informação provém de indicações verbais.

No âmbito do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Reabilitação, surge a proposta da realização de um projeto de estágio e a sua respetiva implementação. Considerando a comunicação, inserida na função cognitiva, uma área prioritária de investigação por parte do EEER, (OE, 2014a), elaborei um projeto de estágio (apêndice I) intitulado “A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Comunicação Não-verbal à Pessoa com Lesão Cerebral”.

A necessidade de desenvolvimento profissional nesta área específica decorreu da minha prática clínica enquanto enfermeira numa unidade funcional de medicina interna. Neste contexto são cada vez mais frequentes as pessoas

internadas em situação de défice comunicacional por LC, essencialmente com origem no AVC e na demência. Além das dificuldades sentidas na primeira pessoa, identifiquei uma lacuna na nossa classe profissional onde há maior valorização da comunicação verbal (CV). Segundo Ramos e Bortagarai (2012), 65% da comunicação estabelecida é de carácter não verbal, apesar da CV ser a mais valorizada, provavelmente pelo facto da CNV ser mais demorada e exigir dos interlocutores uma atenção acrescida.

Como fundamento à elaboração do meu projeto efectuei uma revisão *scoping*, procurando responder às seguintes questões: Como deve ser realizada a avaliação da CNV na pessoa com LC? Que tipos de CNV existem e podem estar preservadas na pessoa com LC? Quais as estratégias de CNV que devem ser implementadas na pessoa com LC? Qual o impacto da CNV na participação da pessoa com LC no seu processo de reabilitação?

Foram considerados todos os estudos cujos participantes fossem pessoas com LC, com idade igual ou superior a 18 anos; cujos conceitos centrais fossem linguagem não-verbal e CNV em contexto de reabilitação. A pesquisa foi limitada às bases de dados *CINAHL Plus®* e *MEDLINE*, incluindo a *CINAHL Headings* e *MEDLINE – MeSH 2016*. Numa primeira fase aferiram-se as palavras-chave e os termos indexados finais a utilizar nas fases seguintes da revisão, cruzando os mesmos através dos operadores booleanos *and* e *or*. A estratégia de pesquisa está evidenciada no apêndice II.

O projeto de estágio foi implementado em dois contextos - serviço de neurocirurgia e equipa de cuidados continuados integrados (ECCI) de uma Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) – com vista ao desenvolvimento de competências e objetivos (apêndice III) definidos no mesmo.

A sua implementação foi sustentada à luz da Teoria das Estruturas de Sistemas de Interação e da Consecução de Objetivos de Imogene King. Quando se fala em CNV é importante considerar, além dos sinais não-verbais, o contexto/ambiente em que se inserem “permitindo que um mesmo gesto tenha diferentes significados nas diversas sociedades” (Silva, Brasil, Guimarães, Savonitti & Silva, 2000, p.53). King (1984) corrobora esta filosofia ao afirmar que enfermeiro e pessoa estão em constante interação entre si e com o ambiente,

através da qual comunicam e desenvolvem percepções. Neste processo estabelecem objetivos/metasp comuns, definindo e explorando os meios para os atingir. Quando os objetivos são alcançados diz-se que ocorreu uma transação. Os seus conceitos centrais são: percepção, comunicação, interação e transação.

Este relatório tem como objetivo descrever e analisar as atividades desenvolvidas no estágio em função dos objetivos definidos no projeto bem como das competências específicas do EEER e comuns de Enfermeiro Especialista (EE), preconizadas pela OE. Tem ainda como objetivo analisar e refletir sobre a aprendizagem desenvolvida, destacando-se a intervenção na reeducação funcional cognitiva mas principalmente na redução da desvantagem comunicacional enquanto incapacidade. Esta tem em vista a maximização do potencial comunicacional preservado, nomeadamente não verbal, capacitando a pessoa com LC para a sua reinserção social e participação nos cuidados.

O relatório será estruturado em quatro etapas. Na primeira será contemplada a introdução onde se identifica a problemática e se justifica a sua pertinência enquanto alvo de estudo, efetuando-se a contextualização teórica e física da implementação do projeto. Na segunda etapa, o enquadramento teórico procura clarificar conceitos e aprofundar conhecimento, distinguindo-se os conceitos de linguagem e comunicação. Serão explorados os sistemas de representação (SR), bem como os sistemas de CNV e relacionados os conceitos de espelhamento e empatia. Proceder-se-á ainda ao enquadramento do referencial teórico de King, culminando com a intervenção do EEER. A terceira etapa corresponde à análise das atividades desenvolvidas durante o estágio face aos objetivos definidos no projeto assim como as competências específicas do EEER e comuns do EE que foram desenvolvidas.

O relatório culminará com a avaliação do percurso formativo enquanto transação de generalista a especialista. Será apresentada uma síntese das principais ideias e resultados com relevância para a Enfermagem de Reabilitação (ER), incluindo dúvidas, dificuldades e recomendações/sugestões inferidas dos resultados do trabalho desenvolvido. Será também efetuada uma perspetiva dos desafios futuros.

1. COMPONENTE CIENTÍFICA E FORMATIVA

1.1. A pessoa em situação de lesão cerebral

A pessoa com LC apresenta frequentemente distúrbios da linguagem e, consequentemente, da comunicação. Esta pode decorrer de uma lesão estrutural ou funcional já vez que o AVC, TCE, tumores e síndromes demenciais são o maior contributo para esta realidade, sendo, simultaneamente, uma das suas características mais evidentes (Talarico, Venegas & Ortiz, 2010; Caldas, 2017).

Quanto ao AVC no panorama mundial, 25% das situações de sobrevivência apresenta sequelas mínimas, 40% uma deficiência moderada-grave e 10% necessitam de cuidados a longo prazo (Coelho, 2011). Apenas 10% dos casos recuperam na totalidade. Em Portugal, a Direção Geral da Saúde [DGS] (2015) divulga a existência de 20 mil casos de AVC isquémico e 250 mil dias de internamento. Em 2016, é ainda responsável por 23. 444 internamentos (DGS, 2017). Estes dados não retratam com fidelidade a nossa realidade uma vez que não são contabilizados dados sobre a ocorrência de AVC hemorrágico.

Em cada 100 mil habitantes da União Europeia, 235 sofrem TCE (Oliveira, Lavrador, Santos & Lobo Antunes, 2012). Em Portugal 200 mil são as pessoas que vivem com sequelas decorrentes de TCE, existindo 20 mil casos novos por ano, 6 mil considerados graves (Fernandes, 2012).

Em Portugal, os tumores do sistema nervoso foram responsáveis por 752 novos casos em 2010, com uma taxa de incidência de 7,1/100 000 pessoas/ano, um aumento de significativo desde 2001 onde a taxa era de 6,2/100 000 pessoas/ano (Registo Oncológico Nacional [RON], 2016).

A demência contribui com “11,9% dos anos vividos com incapacidade nas pessoas acima dos 60 anos” (Santana, Farinha, Freitas, Rodrigues & Carvalho, 2015, p.183). Em 2010, cerca de 35,6 milhões de pessoas no mundo tinham demência, prevendo-se 115,4 milhões de casos em 2050 (World Health Organization [WHO], 2012). Em Portugal, a prevalência em pessoas com mais de 60 anos foi de 5,91% (160 mil pessoas) (Santana et al., 2015), assumindo o quarto lugar nos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) com mais casos de demência (OCDE, 2017).

Dada a elevada prevalência das lesões cerebrais no mundo e, particularmente, em Portugal, pode-se prever um aumento de distúrbios da linguagem e, conseqüentemente, da comunicação, decorrentes das mesmas. Importa clarificar e distinguir os conceitos de linguagem e comunicação, bem como compreender os mecanismos que lhes são inerentes.

1.2. Comunicação não-verbal: veículo da interação

Facilmente se confundem os conceitos de comunicação e linguagem. Apesar de diferentes estão claramente relacionados, sendo impossível a sua dissociação. É fundamental compreendê-los e distingui-los, bem como os mecanismos que lhes estão subjacentes, para que se possa intervir eficazmente.

Enquanto que a “linguagem é o sistema de sinais simbólicos utilizado por uma pessoa para comunicar com outras e é composto por discurso expressivo (produção) e receptivo (compreensão)” (Boss & Wilkerson, 2011, p.525), comunicação significa “«pôr em comum», «entrar em relação com», «partilhar (ideias, emoções, cultura, etc)»” (Sequeira, 2016, p.2).

Existem vários processos inerentes à eficácia linguística: “o desenvolvimento de pensamentos a serem comunicados; a selecção, formulação e ordenação de palavras; a aplicação de regras gramaticais; e a iniciação de movimentos musculares para produzir a fala ou a escrita” (Boss & Wilkerson, 2011, p.525). É possível que uma pessoa com alterações da linguagem possa ter um destes processos, ou mais, comprometidos, surgindo o conceito de afasia definido como a “perda total ou parcial das capacidades de linguagem (expressão, compreensão, leitura e escrita)” (DGS, 2010, p.115), “independentemente do tipo e severidade” (Menoita et al., 2012, p.145).

Já a comunicação comporta, segundo Sequeira (2016), três dimensões: sintaxe (transmissão da informação); semântica (significado da informação) e pragmática (efeitos comportamentais da comunicação, englobando, além da linguagem verbal, “postura, gestos, expressão facial, inflexão de voz, sequência, ritmo e cadência das próprias palavras”) (Sequeira, 2016, p.11).

A pragmática pode ser associada ao sistema cinestésico de CNV que se relaciona com o movimento (subsistema gestual e postural, subsistema ocular e subsistema de contacto), incluindo a linguagem cinésica e tacésica (Sequeira, 2016). Tal é corroborado por King (1984) que diz que a CNV é dinâmica, está em constante mudança e é irreversível, não se podendo anular um sinal emitido.

A CV é vista como “aquela que é transmitida através da linguagem escrita ou falada, por meio dos sons e palavras” (Santos, 2005, p.434). Já a CNV “compreende as expressões emitidas pelas atitudes corporais (...) em maior parte das vezes, emitida pelo corpo sem que estejamos conscientes do que estamos emitindo” (Santos, 2005, p.434) e pode “confirmar ou negar a mensagem transmitida através da expressão verbal” (Santos, 2005, p.434).

Tanto a linguagem como a comunicação comportam um carácter verbal e não verbal. Se o primeiro conceito evidencia uma componente mais objetiva e formatada, o segundo evidencia uma componente mais relacional e emotiva. Apesar de conceitos distintos, estão intimamente relacionados e não se podem dissociar, sendo imprescindível compreender como se processam.

1.2.1. Mecanismos neuronais da comunicação

Os mecanismos neuronais da linguagem estão maioritariamente localizados nas regiões peri-sylvicas do hemisfério esquerdo, existindo três áreas que merecem atenção: Broca (lobo frontal inferior) – expressão da linguagem; Wernicke (lobo parieto-temporal) – compreensão da linguagem falada; e giro angular (entre a área de Wernicke e o córtex visual) – importante na leitura e funções não-verbais da linguagem (Menoita et al., 2012; Caldas, 2017).

Lesões a nível da artéria cerebral anterior e média são a principal fonte de afasia (Ferro & Pimentel, 2006), apesar da existência de diferentes tipos (anexo I), com diferentes características no que diz respeito à fluência, compreensão, nomeação e repetição, consoante a área cerebral lesada. A afecção da CV e/ou CNV varia consoante o hemisfério lesado. Por norma, a primeira é mais afetada na presença de uma lesão do hemisfério esquerdo e a segunda mais evidente numa lesão do hemisfério direito (Rousseaux, Vérigneaux & Kozłowski, 2010b). Esta realidade prende-se com o facto do hemisfério esquerdo ser responsável

pelas capacidades verbais e por aquelas que requerem uma análise detalhada e fina dos estímulos (linguagem oral, leitura, escrita, cálculo, memória verbal), enquanto que o hemisfério direito é responsável pelas não verbais e pelas que requerem um processamento mais global dos estímulos (referências espaciais, memória de faces e visuo-espacial, capacidades musicais) (...) a capacidade de linguagem está lateralizada no hemisfério cerebral esquerdo em 96% dos dextros e na maioria (76%) dos canhotos (Ferro & Pimentel, 2006, p.1-3).

Já a atividade nas áreas contralaterais correspondentes às áreas de Wernicke e de Broca está associada à CNV:

a área correspondente à de Wernicke é vital para a interpretação de sinais não-verbais de outras pessoas. A área correspondente à de Broca (...) fornece instruções para a produção de comunicação não-verbal, incluindo os gestos emocionais e a entoação da fala (Lundy-Ekman, 2004, p.370).

De um modo mais prático, numa lesão do hemisfério esquerdo a nível sub-cortical, identifica-se uma maior dificuldade em perceber os gestos mas uma elevada produção dos mesmos (Rousseaux, et al., 2010b).

É consensual a importância de identificar a área/processo da linguagem e, conseqüentemente, da comunicação que está comprometida, o que implica conhecer os mecanismos neuronais e os processos envolvidos na mesma.

1.2.2. Pensamentos, emoções e sentimentos

O pensamento, processo inerente à eficácia da linguagem, é constituído por imagens, palavras e símbolos abstratos (Damásio, 2011). Essas imagens, mentalmente visualizadas antes de se comunicar, são o principal conteúdo do pensamento, independentemente do modo sensorial com que é gerado.

As emoções relacionam-se com a dimensão pragmática da comunicação, desempenhando “uma função na comunicação de significados a terceiros e podem ter também o papel de orientação cognitiva” (Damásio, 2011, p.179). São primárias quando processadas através do sistema límbico, nomeadamente amígdala, traduzindo uma resposta programada a determinadas características dos estímulos recebidos, ou seja, a representações de disposições inatas. Ou secundárias quando processadas em articulação entre sistema límbico e córtices pré-frontal e somatossensorial, numa resposta a representações de disposições

adquiridas (sob influência das inatas). Sejam primárias ou secundárias, as emoções originam-se em sentimentos. Contudo, “nem todos os sentimentos provêm de emoções” (Damásio, 2011, p.194).

Nos que se baseiam em emoções encontram-se a felicidade, a tristeza, a cólera, o medo e o nojo e correspondem a respostas do corpo pré-organizadas. Há sentimentos que se baseiam em variantes das emoções anteriormente mencionadas – euforia e êxtase (felicidade), melancolia e ansiedade (tristeza), pânico e timidez (medo). Estas decorrem da experiência quando “gradações mais subtis do estado cognitivo são conetadas com variações mais subtis de um estado emocional do corpo” (Damásio, 2011, p.202). Podem ser desencadeadas por estímulos visuais e induzem uma reação automática, resultado da ativação de áreas cerebrais específicas (amígdala ou lobo frontal) e pela segregação de moléculas químicas, por via endócrina e subcortical (Damásio, 2010).

Tanto as emoções como os sentimentos atuam da mente/cérebro para o corpo e de volta à mente/cérebro. Há mecanismos neuronais que permitem sentir um estado emocional sem o vivenciar. Estes são induzidos por vias neuronais e químicas justificando cada representação no corpo construída de forma única. Caso contrário, o homem estaria limitado a um conjunto de padrões de emoção/sentimento impossíveis de modular. Enquanto no hemisfério esquerdo se encontram os mecanismos inerentes à linguagem, no hemisfério direito são processadas as emoções (Damásio, 2011)¹.

O pensamento, ato voluntário e racional, pode ser controlado antes de comunicado, o que significa que nem sempre a linguagem verbal corresponde à real mensagem que se quer transmitir. Esta realidade é difícil de identificar se não se considerar a CNV que lhe é associada. Pelos seus mecanismos de ativação, as emoções e os sentimentos tendem a transmitir mensagens mais espontâneas sendo mais difícil a sua deturpação. É imprescindível compreender a componente não verbal da comunicação.

¹ Perante uma paralisia facial direita, decorrente de uma lesão no córtex motor no hemisfério esquerdo, é possível a apresentação de uma expressão simétrica por resposta emotiva a uma determinada situação. Tal se deve ao controlo motor relacionado com a emoção não se encontrar no mesmo sítio que o controlo de um ato voluntário, o que significa existir uma diferença entre as expressões faciais das emoções autênticas e das emoções simuladas (Damásio, 2011).

1.2.3. Sistemas de representação

A informação é representada através dos sentidos: visual, auditivo e cinestésico. A isto se chama consciência sensorial (Mira, 2015) e constitui os três Sistemas de Representação (SR). Todas as pessoas usam os três SR, sendo que um deles pode estar mais desenvolvido que outro.

Além da avaliação dos défices comunicacionais da pessoa em situação de LC é imprescindível conhecê-la enquanto comunicadora (antes e após o evento). Para isso existem testes de autodiagnóstico que identificam os SR que cada comunicador tem mais ou menos desenvolvido. Só assim é possível adequar a comunicação e intervenção com vista à melhor eficácia e ganhos para a saúde. Na prática clínica, a sua aplicação nem sempre se adequa à pessoa. Nesses casos, a avaliação parte por uma observação atenta e pormenorizada das palavras utilizadas no seu discurso bem como pelo comportamento que a caracteriza no seu dia-a-dia. A avaliação do movimento dos olhos também nos diz o modo como organiza o seu pensamento: o visual tende a olhar para cima, o auditivo para fora e o cinestésico para baixo e à esquerda (anexo II). Se ainda assim houver dúvidas, podemos reconduzir o diálogo através de questões que nos ajudem a obter essa informação (Mira, 2015).

A pessoa visual² tem um potencial de memória dirigido para lugares/imagens: consegue criar novas ou transformar memórias antigas. É atenta ao que vê e necessita de contacto visual enquanto fala com outros, não reagindo bem ao toque. Tende a utilizar expressões de cariz visual como ‘à primeira vista’, ‘olha’.

A pessoa auditiva³ tem um potencial de memória focalizado nos sons, recordando-os com facilidade bem como palavras/expressões utilizadas no passado. É sensível ao barulho, vozes ásperas ou estridentes. Aprecia música

² Precisa de sentir que lhe prestam atenção. Pensa de modo circular através de imagens em várias coisas ao mesmo tempo, correndo o risco de sobrepor pensamentos. Fala alto e de forma rápida, esquecendo-se com frequência de palavras no discurso escrito ou falado uma vez que processa a informação com rapidez. É obececada por ordem e arrumação.

³ Pensa de forma linear e sequencial. Por esse motivo é reflexiva, profunda e perfeccionista, com um ritmo intermédio de processamento, necessitando de tempo para a tomada de decisão. Geralmente é uma pessoa equilibrada e sempre disposta a discutir um assunto pois acredita na lógica dos argumentos. Por norma é mais lógica do que intuitiva.

com letras elaboradas e uma mensagem consistente. Usa expressões de cariz auditivo como ‘música para os meus ouvidos’ e tem elevadas capacidades de escrita. A pessoa auditiva pode ser tendencialmente mais tonal (sensível ao exterior) ou digital (diálogo interno).

A pessoa cinestésica⁴ tem mais aptidão para a consciência corporal, o movimento e os aspetos emocionais. Tem uma sensibilidade para o estímulo sensorial associado ao olfato, tato e paladar. A sua essência está no contacto físico podendo sentir-se agredida quando não é correspondida. Tendencialmente usa expressões de cariz corporal como ‘fiquei com pele de galinha’ ou ‘forte como uma rocha’.

Um bom comunicador deveria ter os três SR desenvolvidos de forma equilibrada. No entanto, isso nem sempre acontece, exigindo do EEER a capacidade de auto e hetero avaliação rigorosa e objetiva de si e da pessoa.

1.2.4. Sistemas de comunicação não-verbal

Vários autores utilizam denominações diferentes para caracterizações idênticas dos sistemas de CNV. As que reúnem maior consenso na literatura correspondem à classificação de Knapp (1980) que define paralinguagem, a proxémica, a tacésica, fatores do meio ambiente, a cinésia e as características físicas; havendo menor referência à entoação afetiva e ao silêncio/contacto visual (Silva, et al., 2000; Santos, 2005; Ramos & Bortagarai, 2012). Destaco a proxémica, a tacésica, os fatores do meio ambiente e a cinésia por considerar que são os que mais interessam compreender à enfermagem de reabilitação (ER), e à enfermagem em geral. De forma quase paradoxal, estas questões em particular, e a comunicação em geral, são ainda pouco estudadas pela enfermagem e mais especificamente pela ER, o que aumenta, do meu ponto de vista, o seu interesse para estudo e aplicação prática.

⁴ Prefere o conforto à beleza, procurando o bem-estar, o prazer e o aconchego. Dá primazia a roupas velhas e confortáveis e ao contacto com a natureza. Tem muita capacidade de concentração e é muito atenta aos sentimentos dos outros, apreciando músicas lentas e baladas. É mais intuitiva que lógica já que organiza o seu pensamento conforme o que sente.

De forma sintética, a proxémica relaciona-se com o uso do espaço pelo homem, onde a distância entre este e outro revelam o grau de intimidade/proximidade entre ambos. Já a tacésica é comumente designada pela linguagem do toque (instrumento básico em enfermagem), onde se inclui a velocidade de aproximação, bem como a duração, a intensidade e frequência do toque e ainda a sensação provocada (Sequeira, 2016). Os fatores do meio ambiente dizem respeito à disposição dos objetos no espaço que podem revelar de forma inconsciente (ou não) mensagens implícitas. Por último, a cinésia corresponde à linguagem/movimento do corpo, na qual se incluem gestos, movimentos de membros e da cabeça, expressões faciais e postura do corpo.

É essencial conhecer previamente os SR que cada pessoa tem mais desenvolvidos para que se possam adequar eficazmente os sistemas de CNV.

1.2.5. Espelhamento Vs Empatia

O espelhamento, ou *rappor*t, é uma técnica de programação neurolinguística que significa receptividade à mensagem do outro, não necessariamente concordância mas sim compreensão. Segundo Figueira (para.4) é a essência de uma comunicação bem sucedida permitindo a criação de “uma atmosfera de confiança mútua”. Implica a realização de correspondência com respeito, de forma a que o outro se sinta espelhado em nós, isto é, que sinta identificação. Exige uma constante adequação, essencialmente não verbal, que deve ser consciente mas subtil, caso contrário o objetivo poderá ser comprometido.

Esta técnica está diretamente relacionada com o conceito de empatia. Este é também uma das bases da teoria de King, segundo Borges, Moreira, Braz da Silva, Loureiro e Meneses (2017). Os autores afirmam que a empatia e a facilidade de compartilhar momentos difíceis, experimentados pelas pessoas e suas famílias, contribuem para a construção e manutenção de vínculos afetivos interpessoais, mobilizando o sistema de cuidados.

Do ponto de vista da ER, poderemos utilizar a técnica do espelhamento como meio promotor de uma relação empática. Contudo, considero que isto implica treino e um grande conhecimento sobre nós próprios enquanto comunicadores. Para utilizá-la deveremos ter em conta a fisiologia (postura corporal,

movimento...), a paralinguagem (tom, velocidade de conversação...), estilo de linguagem e pensamento (SR e escolha de palavras), experiência (pontos comuns entre ambos os intervenientes) e a respiração (Mira, 2015).

Sugere-se que é tão importante identificar o tipo de comunicador que somos como a pessoa alvo de cuidados. É preciso identificar os SR de cada um (visual, auditivo tonal, auditivo digital e/ou cinestésico). Ao fazê-lo conseguiremos mais facilmente adequar os sistemas de CNV e executar espelhamento. Simultaneamente tornamo-nos mais aptos a decodificar os sinais não verbais emitidos pelo outro. Isso permite-nos identificar as suas necessidades através da compreensão do seu comportamento e previsão de respetivas reações.

1.3. A conceptualização dos cuidados de enfermagem

Destaco a Teoria das Estruturas de Sistemas de Interação e da Consecução de Objetivos de Imogene King como sustento ao trabalho desenvolvido ao longo do estágio. Esta baseia-se num processo transacional onde enfermeiro e pessoa estão em constante interação entre si e com o ambiente, através da qual comunicam e desenvolvem perceções (King, 1984). Neste processo, dinâmico e complexo, estabelecem objetivos/metasp comuns, definindo e explorando os meios para os atingir. Quando esses são alcançados diz-se que ocorreu uma transação (King, 1984). Neste processo a reabilitação da pessoa é valorizada e, segundo a autora, implica a existência de três sistemas interativos: sistemas pessoais (indivíduos), interpessoais (grupos) e sociais (sociedade).

Esta teoria (King, 1984), baseia-se na definição de alguns conceitos chave para cada um dos sistemas, destacando-se como pilares:

Perceção – representação individual da realidade de cada um, resultado das suas experiências subjetivas, do conceito de auto, dos grupos socioeconómicos, herança biológica e da educação. Implica consciência e pressupõe os seguintes elementos: obtenção de energia do meio ambiente, organização da informação; transformação da energia; processamento da informação; armazenamento da informação; efeito da informação na forma de condutas manifestas.

Comunicação – processo através do qual a informação é transmitida entre as pessoas, nomeadamente para identificar interesses/problemas ou para partilhar informação que as ajude a tomar decisões encaminhadas ao alcance dos seus objetivos no ambiente. É o componente de informação das interações, numa relação recíproca entre os que cuidam e os que são cuidados. É a conduta humana que relaciona uma pessoa com outra e com o ambiente. Este meio é usado para partilhar informação e ideias (sinais e símbolos verbais e não-verbais) mediante os quais os indivíduos expressam também as suas metas.

Interação - processo de percepção e comunicação entre pessoa-meio ambiente e pessoa-pessoa, manifestado por condutas verbais e não-verbais para alcançar os objetivos. Na interação pessoa-pessoa, cada uma tem diferentes conhecimentos, necessidades, objetivos, experiências e percepções, que influenciam a interação. Esta é uma conduta diretamente observável: um observador pode registar as condutas verbais e não-verbais do cuidador e da pessoa enquanto interagem. Os dados básicos obtidos das interações podem analisar-se para identificar as transações ocorridas.

Transação - conduta observável valorizada nas interações humanas com o seu meio ambiente, onde expectativas e desempenho dos intervenientes a influenciam. Para que esta ocorra é necessário que enfermeiro e pessoa comuniquem para definirem metas comuns através da partilha de pontos de vista relativos à situação, de marcos de referência acerca dos eventos atuais e de denominadores comuns. Quando isto é coordenado, as metas são alcançadas.

A pessoa é definida como o elemento básico, considerando-se o comportamento humano em diversos ambientes sociais. O ambiente é o sistema aberto que permite o intercâmbio de informação entre si e a pessoa, influenciando as interações dos objetivos pessoais, necessidades e expectativas. A saúde é vista como uma experiência dinâmica, sujeita a fatores *stressores* dos ambientes interno e externo, que pode necessitar de adaptações. (King, 1981). A enfermagem é entendida como “percepção, pensamento, relacionamento e ação, frente ao comportamento dos indivíduos” (Moreira & Araújo, 2002, p.98). Atua num processo de ação, reação, interação e transação onde enfermeiro e pessoa partilham informação e definem papéis para alcançar

as metas definidas através de estratégias planeadas por ambos. A comunicação deve realizar-se num meio de respeito mútuo e de compreensão (King, 1981).

Esta teoria fomenta a participação de todos os intervenientes no processo de enfermagem⁵, da qual se enfatiza a pessoa e família, na tomada de decisão, o que vai ao encontro das expectativas que idealizei no projeto de estágio: a CNV como estímulo à participação e tomada de decisão da pessoa e sua família.

1.4. A intervenção do EEER: da avaliação à capacitação

Um elevado número de pessoas com LC necessitará de reabilitação, onde a comunicação será essencial para promover a sua participação na mesma, contribuindo para o seu sucesso. Esta é uma problemática com elevado impacto na pessoa, física e psicologicamente, pelas incapacidades e dependências provocadas das quais a comunicação não é exceção. Este problema é uma barreira à relação terapêutica entre enfermeiro-pessoa. Tem um elevado impacto na sociedade pelos seus custos económicos; e na família pela dificuldade de interação aliada às elevadas e repentinas necessidades de cuidado.

A reabilitação é entendida como um processo que “permite o desenvolvimento de capacidades perdidas, para possibilitar uma restituição nas dimensões psicológicas, físicas ou sociais, relacionados com os potenciais anteriores” (Santos, 2017, p.15). O seu sucesso depende de uma comunicação eficaz através do recurso a uma linguagem adequada. Na pessoa com LC significa, muitas vezes, adotar métodos alternativos de comunicação, nomeadamente através da avaliação e implementação de estratégias não-verbais. Esta deve ser uma preocupação do EEER, promovendo a participação da pessoa com LC no seu processo de reabilitação.

⁵ Para King (1981), o processo de enfermagem compreende cinco etapas: avaliação (interação inicial influenciada pela perceção mútua entre pessoa e enfermeiro e pela comunicação estabelecida); diagnóstico (identificação das necessidades de cuidado por parte do enfermeiro, validados pela pessoa); estabelecimento de metas comuns (baseadas nos diagnósticos e em acordo mútuo entre enfermeiro e pessoa); exploração e viabilização de meios (exploração dos meios definidos entre enfermeiro e pessoa para alcançar as metas) e evolução (avaliação contínua do alcance de metas).

Espera-se que o EEER seja um observador atento que consiga identificar e traduzir aquilo que a pessoa esconde, consciente ou inconscientemente, através da sua CNV e que não é dito por palavras. Deste modo, sugere-se que a CNV possa ter efeitos notáveis para os cuidados de enfermagem, cuja habilidade e aprimoramento profissional permite uma aproximação enfermeiro-pessoa (Silva, Brasil, Guimarães, Savonitti & Silva, 2000).

Uma LC pode comprometer a CNV além da CV. Em ambas as situações, o impacto do seu comprometimento é mais severo na fase de reabilitação do que na fase crónica (Rousseaux, et al., 2010b). Esta problemática assume uma maior importância para o EEER: se não for capaz de comunicar eficazmente pode comprometer o processo de reabilitação, nomeadamente através da falta de participação e de clareza em interagir (Rousseaux, et al., 2010b).

A CNV é a forma mais presente, espontânea e verdadeira de comunicação, sendo mais difícil de deturpar por parte do emissor. Assim, a compreensão do impacto de uma LC na mesma é imprescindível. A produção de gestos das pessoas com afasia é mais precisa apesar da linguagem verbal pobre (Pritchard, Dipper, Morgan & Cocks, 2015). Ao contrário da CV, a CNV é mais raramente abolida por uma LC. Contudo, é muitas vezes afetada, especialmente numa fase de reabilitação em que o entendimento de gestos é globalmente perturbado ao contrário da sua produção (Rousseaux, et al., 2010b).

É imprescindível efetuar uma abordagem uniforme que garanta a coerência no decurso da reabilitação. A primeira etapa passa por uma avaliação o mais rigorosa possível⁶. Além disso, é essencial a observação atenta que permita a avaliação dos SR e dos sistemas de CNV da pessoa e EEER. A partir daí deverá ser direcionado o espelhamento na prestação de cuidados para os sistemas de CNV e SR mais utilizados e entendidos pela pessoa com LC.

⁶ Não existem instrumentos de avaliação objetivos direcionados à CNV, mas sim de avaliação de défice de linguagem. Entre estes destacam-se o teste de rastreio de afasia (anexo III) e o *Token Test* (anexo IV) enquanto avaliação da compreensão baseada numa resposta não verbal. Além disso, as capacidades linguísticas e comunicacionais estão diretamente relacionadas com a preservação das funções cognitivas: défices de compreensão estão relacionados com défices de atenção e memória (Moreira et al., 2011). Por esse motivo, é ainda possível recorrer ao Montreal Cognitive Assessment (MoCA) (anexo V) como instrumento de avaliação cognitiva cujo um dos ítems é a linguagem.

Importa identificar outras estratégias de CNV que fomentem a sua eficácia, espelhada na participação da pessoa no processo de reabilitação. Entre estas a abordagem atraente com entusiasmo e senso de humor, traduz a capacidade de ganhar contacto com a pessoa, fundamental para iniciar a aplicação do modelo GRIP dividido em quatro etapas: estabelecer contacto (garantir contacto com a pessoa); registo das respostas (registar reações das pessoas para que se possa adequar as intervenções planeadas, através da identificação de medidas que influenciam e captam a atenção das mesmas, promovendo a sua participação); interação intencional (contacto terapêutico intenso e intencional, baseado no toque, expressividade e paciência pela reação da pessoa) e participação parcial (promovendo a participação da pessoa após o estabelecimento de uma comunicação eficaz) (Buhl & Pallesen, 2015).

Também a observação atenta sobre aquilo que não é dito pela palavra permite decodificar mensagens que o outro pretendia ocultar (Silva et al., 2000). Nesse sentido, é fundamental promover uma atmosfera relaxada e suportada: implica que o cuidador, neste caso o EEER, promova um ambiente acolhedor, dê à pessoa o tempo que esta necessita para comunicar, esperando que o tente fazer sem repreensão/reforço negativo (Sundin & Jansson, 2003).

Quando a pessoa tem iniciativa em comunicar devem promover-se momentos de silêncio, dando-lhe tempo para se concentrar sem interrupções, aumentando a escuta ativa e a compreensão. O diálogo silencioso é traduzido pelo ato de segurar as mãos do outro ou de estabelecer contacto ocular. Este toque, nem sempre físico, facilita a comunicação, induzindo o relaxamento, através da geração de sentimentos de conforto, calma e segurança, aumentando a possibilidade de compreensão entre ambos (Sundin & Jansson, 2003).

É essencial que o EEER ajuste as suas ações às da pessoa. Para isso, deve associar a compreensão e mediação de ações corporais, bem como a observação e interpretação da linguagem corporal, à compreensão/entendimento da situação em que a pessoa se encontra (Sundin & Jansson, 2003). Deve ainda recorrer à cooperação forçada, estimulando a comunicação tantas vezes quantas necessárias, reconhecendo a experiência da pessoa e interpretando a respetiva situação (Sundin & Jansson, 2003).

2. IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO

2.1. Análise crítica das atividades desenvolvidas

Para efetuar uma nova aprendizagem através da tomada de consciência é imprescindível recorrer a processos reflexivos “na, para e sobre a prática” (Diogo, Rodrigues, Lemos e Sousa, Martins & Fernandes, 2016, p.116). Só assim é possível uma tomada de decisão adequada sobre a ação a implementar e a sua respetiva avaliação, perspetivando-se uma melhoria da prática clínica que traduza ganhos em saúde (Falender & Shafranske, 2014).

Ao longo do estágio, efetuei jornais de aprendizagem semanais sobre as experiências significativas uma vez que a elaboração de perguntas reflexivas é essencial à aprendizagem em qualquer ciência (Souza & Souza, 2014). A sua realização baseou-se no Ciclo Reflexivo de Gibbs's (anexo VI)⁷.

Neste capítulo pretendo dar continuidade a esse pensamento reflexivo, descrevendo e analisando as atividades desenvolvidas em estágio em função dos objetivos a que me propus alcançar e à luz das competências comuns do EE e específicas do EEER definidas pela OE.

A Teoria das Estruturas de Sistemas de Interação e Teoria da Consecução de Objetivos revelou-se um suporte fundamental neste percurso. King (1984) defende que a tomada de decisão deve ser compartilhada entre enfermeiro e pessoa. Com base nesta premissa, o meu pensamento debruça-se em grande parte sobre o conceito de interação e tomada de decisão. Em todas as situações existe uma tomada de decisão que pode ser mais ou menos adequada. Refletir sobre esta implica refletir sobre as interações e relações entre os intervenientes.

Objetivo 1. Integrar a equipa de saúde interdisciplinar, o funcionamento e as atividades de ER dos locais de estágio.

Tinha planeado o seu desenvolvimento ao longo de todo o estágio. No entanto, considero que as entrevistas prévias aos serviços e as duas primeiras semanas, em cada contexto, foram as que mais contribuíram para o alcançar.

⁷ Orienta o pensamento reflexivo em seis etapas: descrição do evento, sentimentos, avaliação, análise, conclusão e planeamento da ação (Mahlanze, Sibiya & Govender, 2015).

A elaboração dos guiões de entrevista (apêndice IV) e a sua aplicação, antes do início do estágio, verificaram-se uma mais valia na caracterização dos locais (apêndice V) e respetivo conhecimento da dinâmica organizacional⁸. No que respeita aos projetos dos serviços, instrumentos de colheita de dados, avaliação e registo utilizados pelos EEER, a entrevista não se revelou suficiente para compreender o seu funcionamento. Contudo, com esta atividade maximizei tempo de estágio na recolha de informações fundamentais à minha integração como também adaptar o meu projeto à realidade que encontraria.

Em ambos os contextos procurei, nas duas primeiras semanas, consultar os manuais de procedimentos e protocolos do serviço, bem como compreender melhor o funcionamento dos sistemas de informação. A intervenção das enfermeiras orientadoras foi fundamental para direccionar a minha pesquisa e consulta e, conseqüentemente, a minha integração junto da equipa. A avaliação inicial, processo de enfermagem e registos de enfermagem, nomeadamente de ER, eram efetuados num sistema informático, semelhante ao que utilizava na minha prática clínica diária o que facilitou a minha integração.

No serviço de neurocirurgia todos os instrumentos de avaliação utilizados pelo EEER estavam contemplados nesse sistema de informação à excepção da Medida de Independência Funcional (MIF) cujo registo consistia no preenchimento de fichas individuais em papel. Na ECCI todos os registos eram realizados no mesmo sistema de informação, existindo um registo complementar na plataforma da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).

A observação da organização da equipa de enfermagem e interdisciplinar, bem como, a participação em todas as passagens de turno e em reuniões, mais informais que formais, contribuíram para o alcance deste objetivo. Ao colaborar na tomada de decisão em equipa transmitindo informações pertinentes sobre o processo de saúde-doença de cada pessoa desenvolvi competências comuns do EE no domínio da gestão dos cuidados.

⁸ Constituição da equipa de saúde, em particular da equipa de reabilitação; os horários de visitas (horário por excelência para a integração da família na prestação de cuidados); os recursos humanos e materiais existentes no serviço. Permitiu-me caracterizar a população alvo de cuidados; compreender a metodologia de trabalho do EEER bem como a articulação com os recursos da comunidade.

Estas atividades foram fundamentais para o desenvolvimento de competências comuns do EE do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal. Foi através da integração na equipa que conheci a sua metodologia de trabalho e filosofia institucional. Este conhecimento permitiu-me participar na construção da tomada de decisão ao longo do estágio, gerindo “na equipa, de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente” (OE, 2010a, p.5).

Analisei os projetos de melhoria existentes, bem como as práticas da equipa, identificando algumas necessidades de melhoria da qualidade, nomeadamente na minha área de estudo. Essa atividade contribuiu para o desenvolvimento de competências comuns do EE de domínio B1.1. “inicia e participa em projetos institucionais na área da qualidade” e B1.2. “incorpora directivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática” (OE, 2010a, p.6).

No contexto da ECCI senti necessidade de pesquisar documentação sobre a RNCCI. Esta era uma realidade pouco conhecida devido à minha prática clínica ser exclusivamente de origem hospitalar, cujo único contacto que tinha com a RNCCI era na referência à mesma. Sendo a ECCI uma das tipologias de resposta da RNCCI era imprescindível compreender o seu funcionamento do ponto de vista organizacional e legislativo⁹. Esta era uma atividade não contemplada no meu projeto mas fundamental para o sucesso do estágio.

As admissões nas ECCI's são efetuadas a partir da referência “dos médicos de saúde do centro de saúde correspondente ou das equipas de gestão de altas dos hospitais de referência da zona” (OE, 2009, p.10). Uma vez admitida na RNCCI a pessoa pode ser referenciada diretamente de uma tipologia para outra consoante a sua evolução e a avaliação do enfermeiro gestor de caso.

⁹ A RNCCI foi criada com o intuito de dar resposta às necessidades de cuidados decorrentes do aumento “da prevalência de pessoas com doenças crónicas incapacitantes, do aumento de pessoas idosas com dependência funcional” através de um modelo de intervenção “de natureza preventiva, recuperadora e paliativa” (OE, 2009, p.3). Existem várias tipologias da rede: unidades de internamento (convalescença, média duração e reabilitação, longa duração e manutenção e cuidados paliativos), unidades de ambulatório (unidade de dia e de promoção da autonomia), equipas hospitalares (equipa de gestão de altas e equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos) e equipas domiciliárias (ECCI e equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos).

A OE afirma que a intervenção da ECCI incide essencialmente na “formação, coordenação, assessoria e articulação bem como o acompanhamento das pessoas, famílias e cuidadores” (OE, 2009, p.9), definindo um perfil de serviços prestados (apêndice VI), nos quais se incluem os cuidados de ER.

Na ECCI onde estagiei existia apenas uma EEER. A UCC em questão dá resposta às necessidades da população inscrita (181 366 pessoas) mas também residente (158 269 pessoas) no concelho correspondente. Significa que todas as necessidades de cuidados de reabilitação desta população ficam ao encargo daquela enfermeira, que respeitando os rácios sugeridos pela Ordem dos Enfermeiros (OE), não deve acompanhar mais do que sete pessoas (OE, 2014c).

Analisando esta realidade à luz do perfil definido pela OE questionei-me sobre a quantificação desta dotação segura. Se considerarmos cada pessoa e respetiva família como únicas, com necessidades diferentes e tempos de aprendizagem diferentes e associarmos as grandes áreas geográficas a percorrer entre cada uma delas, será o número sete o ideal/justo/adequado a todas as ECCI's? Embora as necessidades da população sejam mais que muitas, apenas algumas das situações chegam até à ECCI. No entanto, da experiência vivenciada constatei que os encaminhamentos excedem os sete recomendados levantando um problema de gestão de prioridades e recursos.

Esta questão era resolvida pela equipa através da divisão dos casos clínicos entre EEER e fisioterapeuta. Inicialmente pareceu-me uma gestão adequada dos cuidados procurando não prejudicar qualquer pessoa que deles necessitasse. Após reflexão questionei-me se essa medida era correta, já que são profissões com diferentes competências, complementares e não substitutas (apêndice VI).

Julgo que a visão de ambos os profissionais sobre uma mesma situação é diferente, complementar e que cada pessoa beneficiaria da avaliação e intervenção de ambos. Tal como considero que não se pode cuidar uma pessoa pela soma das suas partes, também acredito que a reabilitação não pode ser uma soma da intervenção e resultados das várias disciplinas/profissões. Creio que a avaliação e intervenção do EEER deve ser inserida no trabalho de uma equipa interdisciplinar que define “objetivos e procedimentos a adotar e tem um

resultado global superior à «soma» dos resultados de cada disciplina, porque estes se potenciam mutuamente” (Branco, 2017, p.29).

Esta questão incitou-me a uma mudança de nomenclatura sobre trabalho em equipa: passei a defini-lo como interdisciplinar em vez de multidisciplinar. A equipa pode variar em número e disciplinas representadas “mas deve sempre incluir a pessoa e a sua família” (Branco, 2017, p.27). O seu sucesso “é atribuível a um fator básico: as decisões tomadas em conjunto, de forma sinérgica, são melhores do que as decisões tomadas individualmente” (Branco, 2017, p.30).

Na neurocirurgia a integração da família na participação nos cuidados associada à articulação com assistente social e equipa médica foi fulcral para uma preparação para a alta mais precoce e eficaz possível, dando resposta não só às necessidades bio-fisiológicas da pessoa como também psicossociais. Suhonen, Valimaki e Leino-Kilpi (2008) defendem que intervenções individualizadas têm maior impacto do que as intervenções habituais. Estas só são possíveis de planear e implementar quando a prática se baseia no modelo holístico e, consequentemente, no modelo de prestação de cuidados centrados na pessoa/família e que estão em interação recíproca e simultânea com o ambiente, que têm direitos e deveres, que têm autonomia e dignidade.

A prática baseada nestes modelos e no trabalho em equipa traduz-se numa família capacitada para o cuidar em casa, onde o bem-estar é evidente e a inclusão social não é ameaçada nem a interação e comunicação entre os elementos que a constituem. Uma análise continuada, que poucos de nós vivenciam na prática clínica (a transição hospital-domicílio), permitiu-me comprovar essa realidade pela experiência do seguimento de uma pessoa e sua família em contexto domiciliário, uma vez que o hospital de referência da ECCI que integrei era o mesmo onde havia estagiado previamente.

Nos contextos de trabalho atuais fala-se frequentemente em planeamento da alta. Um “bom planeamento das altas hospitalares é fundamental não somente para reduzir o tempo de internamento e o número de readmissões, mas também para assegurar o sucesso da reintegração dos doentes e suas famílias na comunidade” (DGS, 2004, p.2). Deve iniciar-se o mais cedo possível tendo por base o conhecimento da situação socioeconómica (habitacional e familiar) assim

como o contacto e articulação atempada com outros organismos/recursos da comunidade planeando-se uma intervenção precoce e adequada (DGS, 1999).

Desde o início do internamento que procurei direccionar a minha intervenção com base na avaliação da família, condições habitacionais, apoios/recursos na comunidade, condição socioeconómica, cuidador principal e necessidades futuras daquela pessoa e sua família. Apesar de ter trabalhado com a família capacitando-a o máximo possível para o cuidado àquela pessoa, havia todo um trabalho reabilitativo que justificava a sua continuidade. Procedi à sua sinalização à equipa de gestão de altas do hospital com vista à sua referenciação à RNCCI para integração em ECCI procurando a garantia da continuidade dos cuidados, tal como preconiza a Inspeção Geral das Atividades em Saúde (2011).

Confrontada com a sua realidade domiciliária, percebi que a mesma era fiel à descrita pela família durante o internamento, e que a postura ativa e interessada era verdadeira tal como havia apreciado em contexto hospitalar. A dinâmica familiar havia sido reestruturada tal como trabalhado previamente. Ao se preverem questões de acessibilidade no planeamento para a alta, foi possível que família adaptasse a sua realidade habitacional às suas necessidades e da pessoa, tendo em conta as suas capacidades sócio-económicas¹⁰. Uma boa rede de contactos com a comunidade tinha sido ativada: além da articulação com a ECCI, dispunha de fisioterapia e terapia da fala através de outra instituição.

Muitos tinham sido os ganhos adquiridos desde a alta hospitalar uma vez que a continuidade de cuidados fora garantida: mantinha equilíbrio estático sentada e em pé, bem como equilíbrio dinâmico sentada; capacidade de marcha com apoio unilateral (tripé ou auxílio de terceiros); era dependente em grau moderado nos autocuidados comer e beber, necessitando de supervisão ou preparação (MiF=5); força muscular 5/5 em todos os segmentos do hemicorpo esquerdo e 4/5 em todos os segmentos do hemicorpo direito e sem limitações da amplitude articular, espasticidade ou lesões musculoesqueléticas.

¹⁰ Até ao internamento, o casal vivia num terceiro andar sem elevador, embora as divisórias cumprissem as medidas definidas por lei. No que respeita aos sanitários, apenas dispunham de banheira. Com esta nova situação de saúde-doença, mudaram-se para casa da filha que vivia numa moradia, na qual instalaram uma cadeira elevatória para o primeiro piso. Foram adquiridos alguns dispositivos como a cadeira de rodas, tripé e cadeira para duche.

Estes resultados deixaram-me motivada e confiante para executar o meu trabalho. De realçar que se verificou uma maior independência e uma melhoria na gestão do meu tempo relacionada com a maior capacidade de priorização/organização do trabalho e dos respetivos cuidados prestados. Senti uma melhoria no meu pensamento crítico e no meu raciocínio nomeadamente na tomada de decisão e no planeamento dos cuidados.

Considero que isto só foi possível porque se respeitaram os três pilares da continuidade de cuidados tal como afirmam Freeman et al (2007): relação (entre pessoa, enfermeira e cuidador informal); gestão (comunicação de factos e decisões tomadas entre cuidadores e entre estes e pessoa) e informação (recolha precoce e adequada do conteúdo relevante sobre o processo saúde-doença bem como o projeto de saúde e de vida).

Relacionando estes pilares com a teoria de King, creio que os mesmos representam estruturas essenciais à interação entre enfermeiro-pessoa. Mais concretamente, a informação e gestão estão intimamente relacionados com a primeira etapa da teoria de King: a avaliação. Nesta é esperado que se inicie um processo de ação-reação mediante as perceções e julgamentos que representam as motivações, comportamentos e objetivos, da pessoa e enfermeiro (Caceres, 2015). Através destes pilares é possível promover a pessoa e sua família à tomada de decisão partilhada com enfermeiro (Garcia, Cirino, Elias, Lira, & Enders, 2014). Do mesmo modo, a interação baseada na discussão de objetivos comuns foi promotora da adesão ao tratamento (Garcia et al., 2014), neste caso correspondente ao plano de cuidados de ER.

Creio que esta experiência contribuiu para o desenvolvimento de competências específicas do EEER através do “planeamento de intervenções de Enfermagem de Reabilitação para a readaptação ao domicílio, otimizando os recursos existentes, procurando maximizar as capacidades funcionais do cliente” e do envolvimento do “cliente e pessoas significativas no processo de cuidados, ensinando e treinando, tendo em conta os recursos existentes no domicílio” (OE, 2011, p.11). Permitiu ainda o desenvolvimento de competências comuns de EE de domínio A1.1. “demonstra tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada” através de estratégias de resolução de

problemas “desenvolvidas em parceria com o cliente” e da “construção da tomada de decisão em equipa” (OE, 2010a, p.10-11); B3.1. “promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e protecção dos indivíduos/grupo”; C1.1. “optimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão” (OE, 2010a, p.7-8); C.2.1. “optimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados” e C2.2. “adapta o estilo de liderança e adequa-o ao clima organizacional estrito favorecedores da melhor resposta do grupo e dos indivíduos” (OE, 2010a, p.9).

Objetivo 2. Estruturar conhecimento teórico e técnico na área comunicacional e interacional, nomeadamente à pessoa com LC.

Para o alcançar foi essencial a participação no Congresso Internacional de Enfermagem de Reabilitação organizado pela Associação Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação. Evidencio a elaboração de um *poster* onde apresentei os resultados da revisão *scoping* (apêndice VII) e a participação no *workshop* intitulado “Corpo fala: uma abordagem à comunicação não verbal” como contributo para o desenvolvimento do meu projeto de estágio. Embora tenha abordado os sistemas de CNV, com maior ênfase na proxémica, tacésica e cinestésica, o *workshop* forneceu-me directrizes mais concretas que me permitiram direccionar a pesquisa e estudo autónomo colmatando a lacuna sobre a avaliação e estratégias de CNV. Incitou-me igualmente a aprofundar conhecimento sobre os SR e a técnica do espelhamento (ou *rapport*).

Como futura EEER considero a comunicação, nomeadamente não-verbal, um dos pilares à eficácia dos cuidados. Julgo imprescindível a capacidade de desenvolver o auto-conhecimento (OE, 2010a) enquanto comunicadora pelo que a participação neste *workshop* contribuiu para o desenvolvimento de competências comuns do EE de domínio D1.1. “detém uma elevada consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro” (OE, 2010a, p.9). Esta atividade aliada à elaboração do *poster* permitiram o desenvolvimento de competências de domínio D2.2. “suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade” (OE, 2010a, p.10).

Destaco também a importância das normas de procedimento, assim como os protocolos, na medida que promovem a melhoria da qualidade. Não podem ser

encarados como taxativos e rotineiros, mas sim como orientadores do pensamento para os enfermeiros, facilitando a análise e revisão das práticas (OE, 2010a). Através destes, é possível a atualização constante do conhecimento, fornecendo aos enfermeiros soluções eficazes e eficientes para uma boa prática. Verificando, no serviço de neurocirurgia, a falta de uma prática fundamentada e baseada na evidência na área da comunicação, elaborei uma norma de procedimento sobre a CNV (apêndice VIII).

Ao concretizar esta atividade desenvolvi competências comuns do EE de domínio A1.1.; A1.3. “lidera de forma efectiva os processos de tomada de decisão ética de maior complexidade na sua área de especialidade” (OE, 2010, p.5); B1.1.; B1.2.; B2.2. “planeia programas de melhoria contínua” (OE, 2010a, p.6); C2.1.; D2.1. “responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área de especialidade”; D2.2; D2.3. “provê liderança na formulação e implementação de políticas, padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho” (OE, 2010a, p.10).

Para estas atividades, foi fundamental a partilha de conhecimento com a docente orientadora, enfermeira orientadora e equipa de enfermagem.

Objetivo 3. Produzir estratégias comunicacionais durante a prestação de cuidados de ER, com vista à participação da pessoa com LC nos mesmos.

Decorrente da entrevista prévia ao serviço de neurocirurgia, percebi que o único instrumento de apoio à CNV existente era limitador e desatualizado. Deste modo, uma das atividades propostas no meu projeto era a elaboração e utilização de um sistema de comunicação por imagens (apêndice IX).

O método pragmático, enquanto opção na reeducação da afasia, defende que a “reabilitação se deve basear na criação de alternativas de comunicação, destacando-se o método PACE (*Promoting Aphasics Communicative Effectiveness*)” (Menoita et al., 2012, p.149). A existência de um sistema de comunicação por imagens fornece à equipa e família/cuidador uma possibilidade de comunicação alternativa onde podem aplicar estratégias expressivas e compreensivas implícitas a este método: apontar imagens, associar palavras ou dar pistas ao receptor sobre estas associando-as às imagens fornecidas, solicitar repetições, clarificar conceitos, colocar questões, etc. (Menoita et al., 2012).

A concretização desta atividade permitiu atingir este objetivo, não só na primeira pessoa como através da restante equipa interdisciplinar, com maior utilização por parte dos EEER. Na ECCI este sistema de comunicação foi adaptado e individualizado às necessidades de cada um, uma vez que o ambiente era diferente e a pessoa se encontrava noutra fase do processo de reabilitação: em situação crónica e não aguda. As necessidades de comunicação eram mais exigentes, já que o ambiente não era controlado nem o espaço tão limitado como em contexto hospitalar.

A aplicabilidade deste sistema contribui para uma comunicação mais eficaz, onde se estimula a interação entre enfermeiro-pessoa, promovendo o conhecimento entre ambos e, conseqüentemente, a capacitação da pessoa para a tomada de decisão. Neste sentido, contribuiu para o desenvolvimento de competências comuns do EE de domínio A1.1.; A2.1. “promove a proteção dos direitos humanos” (OE, 2010a, p.5); B3.1.; D1.1. e D1.2. “gera respostas, de elevada adaptabilidade individual e organizacional” (OE, 2010a, p.9).

Ao facilitar a comunicação e a sua reeducação/reabilitação, a aplicabilidade do sistema de comunicação por imagens contribuiu ainda para o desenvolvimento de competências específicas do EEER. Estas dizem respeito às três áreas de domínio (J1, J2 e J3). No domínio J1.1. contribuiu para uma avaliação mais eficaz da funcionalidade e diagnóstico de “alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades” (OE, 2010b, p.3), nomeadamente através da avaliação do risco de alteração da funcionalidade, recolha de informação e identificação das necessidades de intervenção. Em J1.2. facilitou a conceção de planos de intervenção com base na discussão entre enfermeiro-pessoa e na tomada de decisão partilhada entre ambos. No domínio J1.3. permitiu a implementação de intervenções “planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções” (OE, 2010b, p.3), principalmente a nível cognitivo. No domínio J2.2., este dispositivo contribuiu essencialmente para a promoção da acessibilidade e participação social, na medida em que “sensibiliza a comunidade para a importância de adopção de práticas inclusivas” (OE, 2010b, p.4) cujas barreiras não são apenas arquitectónicas mas também comunicacionais. Já no domínio J3.1. o ensino e a instrução individual a cada

pessoa com alteração da CV por LC beneficiaram da existência deste sistema de comunicação que facilitasse o processo demonstrativo.

Objetivo 4. Planear um programa de melhoria contínua na área cognitiva (comunicação).

Este objetivo foi direcionado ao serviço de neurocirurgia, uma vez que possuía um programa de estimulação multissensorial (PEM) (anexo VIII), reconhecido pela OE. Na entrevista à Sr.^a Enf.^a Chefe e EEER, percebi que o mesmo era aplicado com regularidade e que se encontrava na segunda fase de implementação – monitorização do registo. Durante o estágio tive oportunidade de consultar e aplicar o PEM, identificando uma necessidade de maior objetividade no registo. Este era bastante dirigido ao estado hemodinâmico e de consciência, com possibilidade de uma nota geral. Nesta, eram frequentemente referenciadas respostas não verbais da pessoa face à estimulação multissensorial. Este registo, anexo ao PEM, era efetuado em papel, não havendo lugar no sistema de informação utilizado. O registo não era sistemático nem rigoroso, tendo um cariz mais biomédico do que centrado na pessoa.

Perante a necessidade de um registo mais rigoroso, elaborei uma grelha de avaliação/registo da CNV da pessoa submetida ao PEM (apêndice X), com base no conhecimento aprofundado ao longo da realização do meu projeto de estágio. Procurei que esta promovesse um registo sistematizado e objetivo, permitindo uma análise futura e tratamento de dados. Simultaneamente desenvolvi competências de domínio B3.2. “gere o risco ao nível institucional ou das unidades funcionais” (OE, 2010a, p.7). Esta atividade facilitou a identificação dos sistemas de comunicação utilizados por cada pessoa e, consequentemente, a interação entre os intervenientes. Tornou-se possível identificar gostos/necessidades das pessoas através da reação a estímulos bem como os sentidos ilesos que se pudessem tornar fontes de contributo para uma comunicação, e consequentemente interação, mais eficazes.

Considero que contribui para a continuidade de um projeto de melhoria contínua, bem como para o desenvolvimento de competências de domínio C1.1. (OE, 2010a). De realçar o quão fundamental foi a orientação da docente e enfermeira orientadora, tanto pelo conhecimento especializado sobre o PEM

como pelo rigor académico que o trabalho exigia. Esta atividade foi ao encontro do desenvolvimento de competências comuns do EE de domínio B1.1.; B1.2.; B2.1. “avalia a qualidade dos cuidados de enfermagem nas vertentes Estrutura, Processo e Resultado” (OE, 2010a, p.6) e B2.2..

Desde a implementação desta grelha de registo até terminar o estágio, apenas uma pessoa reuniu os critérios de aplicação do PEM, pelo que considero que não foi possível avaliar o impacto da sua utilização.

É na qualidade dos registos que se comprova o cuidado centrado na pessoa (Karkkainen, Bondas & Eriksson, 2005). Contudo, é um desafio à nossa prática conseguir esta evidência através de um registo objetivo mas completo e real sobre os aspetos comunicacionais utilizando os atuais sistemas de informação. Estes têm por base a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). Se por um lado esta linguagem uniformiza os registos e o modo como uma equipa faz leitura dos mesmos, por outro lado corre-se o risco de não se evidenciar a individualidade de cada pessoa.

Perante esta dificuldade aprofundei conhecimento sobre a linguagem CIPE. Verifiquei que esta não facilita o registo sobre a linguagem/comunicação, nomeadamente não verbal. Apesar de serem definidos diagnósticos/resultados de enfermagem através de uma avaliação prévia, ao utilizar o sistema de informação, verifiquei uma lacuna quanto a este aspecto. A avaliação é subjetiva, não baseada em instrumentos específicos¹¹, da qual resultam diagnósticos limitados a disartria, afasia e comunicação comprometida (Garcia, 2018).

Face a estes diagnósticos são estabelecidas intervenções padronizadas: encaminhar para serviço de terapia da fala; facilitar capacidade para comunicar necessidades/sentimentos; identificar barreiras à comunicação e obter dados sobre capacidade para comunicação pela fala (Garcia, 2018).

¹¹ Não existe uma escala de afasia que permita o registo rigoroso de uma avaliação prévia da mesma. Apenas existe a possibilidade de selecionar se a afasia é expressiva ou compreensiva, o que torna a especificidade da mesma, e a respetiva intervenção, reduzida pois existem vários tipos de afasia, quer por expressão ou compreensão alterada. Já a comunicação alterada não apresenta possibilidade de especificar a origem da mesma. O único instrumento de avaliação com referência à comunicação, presente neste sistema, é a Escala de Coma de Glasgow que surge associado à avaliação do estado de consciência.

Estas intervenções além de não facilitarem a evidência de individualidade na prestação de cuidados, são pouco direcionadas à ER, apresentando mais um cariz de colheita de dados e encaminhamento para outros profissionais do que o estabelecimento de estratégias de reabilitação/reeducação da linguagem e/ou promotoras de uma comunicação eficaz ao longo da prestação de cuidados.

A utilização deste sistema de informação articulado com uma sólida base de conhecimentos de enfermagem foi fundamental para o desenvolvimento de competências de domínio D2.3. (OE, 2010a).

Objetivo 5. Avaliar as necessidades de formação da equipa sobre CNV à e da pessoa com LC.

Para o atingir dirigi a minha intervenção para a monitorização e análise dos registos de enfermagem sobre comunicação, nomeadamente não verbal. Esta atividade foi efetuada nas primeiras semanas de estágio de cada contexto, tendo sido utilizada uma grelha de monitorização da CNV observada durante a interação enfermeiro-pessoa, bem como dos registos de enfermagem realizados pela equipa (apêndice XI).

No serviço de neurocirurgia, identificou-se a existência de um elevado número de pessoas com distúrbios comunicacionais percecionados pela própria equipa que os relatavam nas passagens de turno. Contudo, poucos eram os processos de enfermagem que os evidenciavam (apenas um em dez tinha o diagnóstico de comunicação comprometida). Num serviço onde esta problemática é recorrente, é preocupante a falta de evidência da mesma no seio da equipa de enfermagem. No entanto, a ausência de registo não reflete a realidade da prática clínica: da minha observação existia uma preocupação por parte da equipa sobre este diagnóstico e a mesma era tida em conta na prestação de cuidados ainda que não fosse documentada. Identifiquei uma necessidade formativa no que concerne à intervenção mais especializada sobre a comunicação, nomeadamente não verbal, face à pessoa com LC, bem como o registo sistematizado e objetivo sobre este diagnóstico.

Na ECCI a minha avaliação baseou-se nos registos de enfermagem uma vez que a observação direta da relação enfermeiro-pessoa era mais restrita pelo contexto. Acompanhando a enfermeira orientadora no domicílio de cada pessoa,

era impossível avaliar a interação dos restantes enfermeiros na sua prática clínica. Deste modo, considero que a observação seria redutora para efetuar uma avaliação das necessidades formativas da equipa. Contudo, a mesma tinha na sua dinâmica organizacional reuniões semanais nas quais eram discutidos e avaliados os casos clínicos. Pela partilha realizada percebi que não era dado enfoque à problemática da comunicação. Também nos registos se verificava uma realidade semelhante ao anterior campo de estágio: ausência de evidência sobre a problemática. Identifiquei uma necessidade de formação sobre a avaliação da CNV à e na pessoa, independentemente de ter ou não LC.

Considero pertinente a identificação destas necessidades, contribuindo para o seu desenvolvimento através de uma prática clínica especializada baseada em sólidos e válidos padrões de conhecimento. Estas atividades permitiram o desenvolvimento de competências comuns do EE de domínio A2.2. “gere na equipa, de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente” (OE, 2010a, p.5); B2.1. (OE, 2010a) e D2.2. (OE, 2010a).

Objetivo 6. Projetar formação na área da CNV à pessoa com LC.

Face à avaliação do objetivo anterior surgiu a projeção de formação na área da CNV. No serviço de neurocirurgia a ação de formação intitulada “Comunicação Não-Verbal – Contributos da Intervenção de Enfermagem” (apêndice XII) foi apresentada na última semana de estágio. O seu planeamento foi supervisionado e orientado pela docente e enfermeira orientadora, como pela Sr.^a Enf.^a chefe, também ela especialista em ER, uma vez que conhecia a sua equipa e identificava necessidades específicas de atualização de conhecimento.

Nesse sentido, a formação foi mais extensa do que inicialmente pensada. Foram distinguidos os conceitos de linguagem e comunicação, abordando-se as especificidades de cada um. Quanto à linguagem foram explanados temas como os processos para a sua ocorrência, os mecanismos neuronais inerentes, a classificação dos quadros de afasia e o processo de pensamento. Já sobre a comunicação foram abordadas as suas dimensões, o desenvolvimento de emoções e sentimentos, bem como a produção de expressões faciais. Ainda sobre a comunicação, foi dada ênfase à CNV, tendo-se explorado os sistemas

de CNV bem como a sua respetiva avaliação. Culminei com o fornecimento de estratégias gerais de atuação e a intervenção de enfermagem mais adequada face a LC sofrida, respetivo comprometimento comunicacional (quer por afasia ou outro) e sistemas de CNV preservados. Esta formação concluiu-se com o encaminhamento e apresentação da norma de procedimento e do sistema de comunicação por imagens elaborados previamente.

O *feedback* da equipa foi positivo tendo sido reconhecida a importância da temática assim como o domínio que eu detinha sobre a mesma. Esta formação proporcionou um momento de reflexão entre todos os profissionais presentes, que acabaram por partilhar experiências e dúvidas. Com este momento percebemos que grande parte dos enfermeiros não registava este diagnóstico justamente por sentir uma lacuna no conhecimento sobre o mesmo.

Não detinham o conhecimento necessário para uma prática baseada na evidência, fundamentada, consciente, orientada e sistematizada e, consequentemente, para a elaboração dos respetivos registos. A sua prática era empírica e pouco direcionada a cada pessoa. Esta atividade tornou-se um momento de aprendizagem que contribuiu para a capacitação e qualificação dos enfermeiros na procura de uma “prática profissional, que visa promover a tomada de decisão autónoma, valorizando a proteção da pessoa e a segurança dos cuidados, através de processos de reflexão e análise da prática clínica” (Nunes, 2009, p.5). A minha intervenção foi um contributo para a melhoria da qualidade de cuidados, directa ou indirectamente, através da formação de pares, desenvolvendo competências de domínio A2.1.; A2.2. e C1.1. (OE, 2010a).

Na ECCI foi projetada uma formação em contexto de *workshop* (apêndice XIII), dirigida à equipa interdisciplinar, que incidia sobre o autodiagnóstico de cada um quanto aos SR, a experimentação e reflexão sobre os sistemas de CNV mais frequentes na prática clínica e a aplicação da técnica de espelhamento.

Este foi um momento de partilha e aprendizagem entre a equipa. Ao nos conhecermos melhor como comunicadores, e ao estarmos munidos do conhecimento necessário para avaliar o tipo de comunicador que são as pessoas que cuidamos, conseguimos identificar o potencial de comunicação. Isso pode partir pela necessidade de desenvolvermos um SR em detrimento de outro, ou

recorrer ao SR mais trabalhado pela pessoa. Do mesmo modo, ao identificarmos o tipo de comunicador que temos à nossa frente podemos direcionar os sistemas de comunicação mais adequados a cada situação, bem como adaptar a técnica do espelhamento a favor de uma comunicação mais eficaz.

Ao capacitar as equipas para o conhecimento na área da CNV promovendo a sua eficácia, desenvolvi competências comuns do EE de domínio C2.1.; C2.2.; D2.1. e D2.2. (OE, 2010a).

Em ambos os contextos, identifiquei uma necessidade de formação às famílias, procurando, sempre que possível, efetuar educação para a saúde sobre comunicação, nomeadamente, não-verbal. Para melhor adequar essas sessões informais elaborei uma grelha de avaliação e registo da CNV estabelecida entre mim e a pessoa, onde incluía a realização de educação para a saúde à família e os resultados obtidos (apêndice XIV).

Objetivo 7. Implementar planos de intervenção de ER à pessoa com LC e com comprometimento da comunicação.

Foi imprescindível continuar a aprofundar a pesquisa bibliográfica sobre a CNV à e na pessoa com LC, especialmente em contexto de neurocirurgia, onde a origem da mesma era bastante diversificada. Nesta realidade percebi que o conhecimento advindo da elaboração do projeto não era suficiente, demonstrando “uma elevada consciência (...) enquanto pessoa e enfermeiro” (OE, 2010a, p.9) e, consequentemente, uma gestão de “respostas de elevada adaptabilidade individual e organizacional” (OE, 2010a, p.9).

Consoante a LC, assim a CNV estava mais ou menos comprometida. Do mesmo modo, o potencial comunicacional através dos sistemas de CNV variavam. Apesar das estratégias gerais para uma comunicação mais eficaz em situações de LC estarem definidas no meu projeto, faltava adequar as mesmas aos sistemas de CNV com maior potencial para cada situação em particular. Os estudos disponíveis nesta área são ainda escassos apesar de começar a ser desenvolvido algum trabalho que relaciona as diferentes afasias à CNV mais eficaz para cada uma delas. Procurei utilizar esses dados e aplicá-los durante a minha prestação de cuidados, desenvolvendo competências comuns do EE de domínio D2.2. e D2.3. (OE, 2010a).

O aprofundamento da literatura e sua aplicabilidade foi essencial para a relação terapêutica baseada na interação entre enfermeiro-pessoa, influenciada pela qualidade da comunicação e dos papéis de ambos (King, 1984).

O caso de uma pessoa que, além dos distúrbios comunicacionais decorrentes da sua LC, apresentava uma barreira linguística por nacionalidade desconhecida, é um dos exemplos de sucesso onde os conhecimentos aplicados durante os planos de intervenção de ER. As dificuldades comunicacionais sentidas bem como a sensação de que os princípios até então utilizados não eram suficientes para uma comunicação eficaz e, conseqüentemente, uma maior participação da pessoa no seu processo de reabilitação, foram o motor que me levaram a aprofundar a pesquisa sobre a temática.

A CV estava claramente perturbada: pela diferença de idioma, desconhecendo-se a sua língua mãe, e pelo hematoma agudo cerebral profundo esquerdo que possivelmente condicionou uma afasia. No entanto, a sua avaliação era de difícil rigor. Esta realidade condicionou a avaliação global da pessoa no que diz respeito às suas capacidades, necessidades, funcionalidades.

Nesta situação, a CNV assumia o potencial comunicacional. Contudo, a falta de instrumentos de avaliação concretos e específicos para a CNV foram também uma barreira sentida numa fase inicial da relação terapêutica.

Foi necessário uma semana de contacto e relação continuada para se começarem a observar progressos, não só na comunicação e participação da pessoa, como também do ponto de vista da reabilitação motora e respiratória. Julgo que esta evolução se deveu não só à relação e interação criada entre mim e a pessoa, como também ao uso consciente e intencional das medidas mais objetivas relativas à CNV face a sua LC. Este foi o tempo necessário para começar a observar-se uma CNV que incidia no seu olhar, na expressão facial e em movimentos do corpo e da cabeça. Já a minha paralinguagem assumiu um importante fator para o sucesso comunicacional: o tom de voz calmo e mais baixo eram o suficiente para que se mostrasse mais interessado e participativo na sua reabilitação, bem como mais comunicativo, utilizando gestos, movimentos corporais e aperto de mão. Ao contrário, quando alguém utilizava

um tom mais alto e autoritário verificava-se um isolamento social, com encerramento de olhos e inexistência interacional.

Tal como afirma Buhl e Pallesen (2015), o início da participação da pessoa no seu processo de reabilitação foi marcado por uma linguagem corporal, reativo a um ambiente incentivador baseado na paralinguagem dos enfermeiros. Este ganho só foi possível porque houve um desenvolvimento de competências nomeadamente na “tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada” (OE, 2010a, p.4), baseando-a “em princípios, valores e normas deontológicas” (OE, 2010a, p.5).

A avaliação global da pessoa com LC pode ser mais ou menos facilitada pelo ambiente em que nos encontramos. A experiência da prestação de cuidados em contexto domiciliário e hospitalar permitiu-me conhecer a disparidade ambiental entre ambos e o impacto que isso tinha na avaliação da pessoa cuidada.

Em contexto hospitalar, o ambiente controlado foi facilitador da prestação de cuidados. Posteriormente, quando confrontada com os cuidados continuados, preocupou-me a falta de controlo sobre esse ambiente, incluindo a possibilidade de existência de maiores barreiras arquitectónicas, bem como a hipótese de invasão da intimidade/espço do outro. Isso exigiu uma maior capacidade de adaptação do conhecimento teórico à realidade habitacional de cada pessoa.

Na teoria de King, os sistemas, as motivações e necessidades da pessoa são directamente influenciadas pelos valores pessoais (Caceres, 2015). Já os valores são influenciados pela cultura. Esta relação leva-me a considerar existir uma interação contínua, e reciprocamente influenciável e influenciada entre ambiente e intervenientes. Como tal, o processo de enfermagem à luz desta teórica exige o conhecimento da perceção da pessoa e sua família num ambiente específico, no qual se incluem as interações vividas neste, bem como os seus *stressores* que não são necessariamente negativos (King, 1999).

Assumindo o ambiente um papel preponderante no planeamento de cuidados uma vez que influencia as interações dos objetivos pessoais, necessidades e expectativas; considero vantajoso trabalhar no ambiente natural da pessoa, sem qualquer camuflagem que possa distorcer a realidade, refletindo as reais necessidades de cada uma, permitindo ganhos para a mesma. Já no ambiente

controlado corremos o risco de investir em perspectivas potencialmente irreais que comprometam a continuidade dos cuidados no regresso ao domicílio.

A observação e avaliação no domicílio da pessoa e da sua interação com o espaço, com os seus pares, a sua família, permitiu-me desenvolver uma abordagem mais holística e centrada na pessoa. É reconhecido o impacto que o ambiente de cuidados tem na prática de enfermagem bem como o potencial que tem, quer para limitar como melhorar a facilitação do processo (McCormack & McCance, 2006). O envolvimento no ambiente da pessoa proporcionou-me uma reciprocidade que passou “pelo estabelecimento de tempo e espaço para desenvolver uma relação de qualidade que permita ir ao encontro da pessoa e desenvolver uma relação de confiança” (Gomes, 2013, p.100). Esta relação de confiança partiu pelo meu respeito nas crenças e valores do outro (McCormack & McCance, 2006) descobertas no seu ambiente mais íntimo, proporcionando o estabelecimento de uma relação terapêutica traduzida na sua capacitação.

Com isto foram desenvolvidas competências comuns do EE de domínio A2.1. e B3.1. (OE, 2010a).

É ainda imprescindível a colheita de dados. Quando a CV se encontra comprometida, esse procedimento torna-se mais complexo, sendo a família uma fundamental referência para o conhecimento da pessoa.

Em contexto hospitalar, numa mesma semana, tive a oportunidade de prestar cuidados a duas pessoas com LC e comprometimento da CV. Numa delas a família era presente e pró-activa facilitando a colheita de dados. Na outra raramente se viam visitas ou uma pessoa de referência, dificultando o processo (apêndice XV). A comunicação eficaz é essencial não só entre enfermeiro-pessoa mas também entre enfermeiro-família para garantir uma prestação de cuidados segura, em parceria com ambos os intervenientes (King, 1984). É fundamental a valorização e avaliação da comunicação entre pessoa-família por parte dos enfermeiros, nomeadamente de reabilitação, no sentido de adequar a sua intervenção entre ambos. Esta postura facilita o processo de reabilitação da pessoa através da obtenção de informação fulcral para a mesma (King, 1984).

Nos cuidados continuados, uma das fontes de conhecimento sobre a pessoa é o registo de referenciação à ECCI, nos quais se inclui os registos quer do

enfermeiro generalista como EEER, bem como de outros profissionais. Enquanto profissional a exercer funções em contexto hospitalar, a oportunidade de receber no estágio da ECCI registos de enfermagem oriundas do hospital de referência fez-me reflectir sobre a qualidade do registo que efectuamos diariamente nos nossos contextos de trabalho.

A maioria dos registos fica aquém das nossas necessidades não expressando a nossa intervenção. São pouco objetivos/concretos não fornecendo a informação necessária para se compreender que plano foi estabelecido previamente, qual a evolução até à data de referência e, consequentemente, dificultando a continuidade dos cuidados. Aliado a isto, os sistemas de informação não funcionam de forma eficaz e facilitadora.

são vários os benefícios apontados para a utilização de sistemas informatizados como sejam: obtenção de informação mais organizada, mais acessível facilitadora do processo de comunicação e do desempenho; (...) maior confiabilidade e exatidão na informação, bem como uma maior legibilidade na informação e padronização de registos (Pestana, 2017, p.77).

Nos cuidados continuados conseguimos aceder à plataforma de alguns registos hospitalares (apenas dos hospitais do distrito referentes à ECCI) mas o contrário não era possível. A necessidade em aceder a esta plataforma prendia-se com o facto dos registos anexos à referência não serem claros e não espelharem o cuidado centrado na pessoa (Karkkainen et al., 2005). Este é um dos fatores de maior insatisfação por parte dos enfermeiros no que respeita à partilha de informação, traduzindo a falta de proximidade entre instituições e entre profissionais de saúde (Silva, 2016).

Enquanto futura EEER refleti sobre a importância de nos assumirmos como referência na elaboração de registos. Estes devem salvaguardar a nossa prática clínica pessoal, mas acima de tudo, defender os reais interesses das pessoas, garantindo a continuidade dos cuidados e a melhor qualidade possível. É imprescindível que sejam claros, objetivos e consistentes, espelhando a nossa tomada de decisão (Pestana, 2017).

Também o uso de instrumentos de avaliação é fundamental para a correta avaliação e identificação de incapacidades/potencialidades/funcionalidades na pessoa/família com ou sem LC, e com ou sem comprometimento da CV. É

imperativo que um EEER tenha uma avaliação cuidada e pormenorizada da pessoa que cuida, facilitando a continuidade dos cuidados.

Na pessoa com LC uma das avaliações imprescindível diz respeito ao exame neurológico. Na neurocirurgia, onde a maioria das pessoas tem alterações do estado de consciência e um grande comprometimento comunicacional, foi difícil conseguir realizar com sucesso uma neuroavaliação completa, nomeadamente no que concerne à avaliação dos pares cranianos (apêndice XVI). Nestes casos é imprescindível “um perito, treinado na avaliação contínua, detalhada e perspicaz, tornando a intervenção deste especialista única e privilegiada” (Menoita et al., 2012, p.40).

Precisava desenvolver competências e conhecimento que me garantissem a perspicácia e atenção a pequenos pormenores durante a interação com cada pessoa que não sendo prepositados responderiam a alguns itens da neuroavaliação. Por outro lado, teria de saber decidir o momento indicado para avaliar os itens em que necessitaria da participação e capacidade da pessoa em cumprir ordens.

Mais do que efectuar técnicas de reabilitação motora ou respiratória, senti necessidade de investir na reabilitação cognitiva. Não era possível a participação das pessoas nos cuidados se não os compreendessem. Era necessário iniciar um programa de reabilitação cognitiva prévio ao restante plano de intervenção, cujo objetivo era melhorar as funções cognitivas. Quando este era alcançado, verificáva igualmente uma melhoria física, relacional, social e na satisfação das AVD (Carvalho, Magalhães & Pedroso, 2016). Investi neste campo, com francas melhorias cognitivas que se traduziram numa maior participação das pessoas na prestação de cuidados e consequentemente numa evolução positiva do foro neurológico e motor. Utilizei essencialmente as terapias de orientação para a realidade, da reminiscência, facilitação da memória implícita residual bem como os métodos da estimulação e pragmático para a comunicação mais eficaz.

Este acontecimento reforçou a minha crença de que a enfermagem, mais que uma prática, é uma disciplina e uma ciência onde é imperioso reinar o modelo de cuidados holístico e não o modelo bio-médico, minimizando o risco de perder a individualidade de cada ser. Nesse sentido, privilegiei a MIF em detrimento do

índice de Barthel¹². Considerando o primeiro instrumento o mais pormenorizado, permitiu-me avaliar a necessidade e grau de assistência de forma mais rigorosa, com base no desempenho da pessoa com incapacidade. Isto é, permite a avaliação da sua funcionalidade e não da capacidade de execução caso as circunstâncias fossem optimizadas (Almeida, 2014). A sua aplicabilidade facilitou a análise sobre os ganhos e evolução de cada pessoa, tratando-se de um instrumento fiável, válido e sensível a mudanças (Guzzo, 2008).

Identificando a comunicação como um pilar fundamental ao cuidado de enfermagem centrado na pessoa, é fácil entender que esta assume uma importância acrescida quando está comprometida. À semelhança do que acontece com a reabilitação motora e cardio-respiratória, há uma necessidade de avaliação dos défices, das necessidades e potencialidades da pessoa. Contudo, verifica-se um menor investimento na avaliação e intervenção nas áreas da reabilitação cognitiva na qual se insere a comunicação, traduzido pela restrição de instrumentos de avaliação, nomeadamente validados para Portugal, no que respeita à comunicação, principalmente de carácter não verbal.

Face esta realidade corremos o risco de ser imprecisos na nossa avaliação e, conseqüentemente, limitar a nossa intervenção. É preciso alargar horizontes no que concerne à avaliação da linguagem e da comunicação. Além disso, as capacidades linguísticas e comunicacionais estão directamente relacionadas com a preservação das funções cognitivas: défices de compreensão estão relacionados com défices de atenção e memória (Moreira et al., 2011).

Isso remeteu-me para a necessidade de investigar um instrumento de avaliação sobre a compreensão cuja resposta à ordem solicitada fosse de carácter não verbal. Essa investigação fez-me chegar até ao *Token Test*. Este

¹² O índice de Barthel indica-nos até cinco estadios de dependência para a realização de dez atividades básicas de vida (independente, ligeiramente dependente, moderadamente dependente, severamente dependente e totalmente dependente). A MIF fornece-nos um *score* total, onde dezoito atividades de vida diárias (motoras e cognitivas) são avaliadas, especificando a funcionalidade para cada uma delas. Estas incluem os auto-cuidados, transferências, locomoção, controlo esfinteriano, comunicação e cognição social (memória, interação social e resolução de problemas). Em cada ítem avaliado é possível observar os pequenos ganhos. A pessoa pode evoluir dentro do mesmo estado de dependência, o que não significa que não tenha tido ganhos. Este muitas vezes não é considerado nem evidente no registo de enfermagem, caso o instrumento de avaliação utilizado não seja a MIF.

parte de comandos verbais emitidos pelo avaliador que solicita à pessoa que toque ou mude de lugar determinada figura geométrica. São apenas utilizados quadrados e círculos, de cinco cores e dois tamanhos diferentes. Existem duas versões: uma com 61 comandos e outra com 36 e tem como objetivo detetar défices de compreensão e a sua evolução ao longo da reabilitação.

Apesar de ser utilizado pelo laboratório de estudos da linguagem da Faculdade de Medicina de Lisboa, tive alguma dificuldade em perceber se o mesmo estaria validado para a nossa população. Ainda assim, dado o seu potencial, apliquei-o na última semana de estágio numa pessoa que tinha um défice comunicacional por uma disartria sequelar decorrente de um primeiro AVC e uma afasia de expressão decorrente do último AVC. Dada a dificuldade em se exprimir, mas a capacidade de cumprir ordens, não aparentava, numa primeira instância, ter algum comprometimento da compreensão. No entanto, ao aplicar o *token test*, percebi que os seus défices eram maiores do que havia avaliado: o seu resultado foi de 11/36. Na verdade era capaz de cumprir ordens por automatismo/imitação e não por compreensão da linguagem verbal. Por outras palavras, embora nem sempre compreendesse a linguagem verbal, era capaz de entender a linguagem corporal não-verbal (Buhl & Pallesen, 2015).

Isto levou-me novamente aos SR: estávamos perante uma pessoa cujo potencial de comunicação era o canal visual. Tal como Mira (2015) afirma, aquela pessoa, com predominância do canal visual, tentava falar depressa, pois processa as imagens na sua mente como um filme, e necessitava de estabelecer contacto visual da mesma maneira que necessitava que lhe mostrassem/exemplificassem fisicamente como cada coisa era. Só assim era possível estabelecer uma comunicação eficaz com ela.

O caminho nem sempre será centrado na recuperação da vertente da linguagem que foi comprometida mas sim tirar o máximo partido do potencial comunicacional ainda existente. É imprescindível uma avaliação precisa e objetiva no que respeita aos défices comunicacionais mas também sobre o tipo de comunicador que a pessoa e os profissionais especializados são para se adequar a comunicação e, conseqüentemente, a intervenção o melhor possível com vista à melhor eficácia e ganhos para a saúde.

Com base nos SR, na LC e no potencial de CNV de cada pessoa, foi-me possível planear e implementar intervenções reabilitativas com vista à promoção das capacidades adaptativas no processo de transição saúde-doença e situacional da pessoa/família; redução das dificuldades comunicacionais e reeducação da sua funcionalidade. Era impossível dissociar a comunicação, nomeadamente não verbal, da reabilitação das funções: motora; cardio-respiratória; sensorial e cognitiva; alimentação; eliminação vesical e intestinal; sexualidade. Ou seja, a intervenção no que respeita à reabilitação/reeducação da linguagem estava aliada à prestação dos restantes cuidados em qualquer uma das funções afectadas, uma vez que a comunicação é uma constante. Era uma necessidade de reabilitação e, simultaneamente, um meio para a mesma.

Numa fase inicial do estágio, sentia uma necessidade de desenvolvimento das técnicas aprendidas em contexto académico, nomeadamente quanto à sua destreza, especialmente na reeducação funcional respiratória (RFR). Uma coisa era o conhecimento teórico apreendido, outra a sua aplicabilidade e respetiva adaptação a cada pessoa e ambiente/contexto. Esta dificuldade aliada ao compromisso comunicacional da pessoa com LC tornou o desafio maior.

A primeira pessoa com necessidade de RFR tratava-se de alguém cuja origem se desconhecia, oriunda do leste da Europa, sem qualquer pessoa de referência, com um distúrbio comunicacional difícil de avaliar dada a barreira linguística associada. Tinha como diagnóstico de internamento um hematoma agudo cerebral profundo esquerdo, talâmico com rotura intraventricular com extensa hemorragia supra e infratentorial e hidrocefalia aguda, tendo desenvolvido uma atelectasia de base esquerda.

Numa primeira abordagem imperava a insegurança por ser uma área com a qual não me sentia confortável e onde precisava de aprofundar conhecimento teórico e prático, necessitando de muita ajuda da enfermeira orientadora. No fim do primeiro dia de programa, os resultados eram evidentes o que me motivou a apostar mais nesta área, traduzindo-se num estudo mais direccionado à mesma e consequentemente a uma prática baseada na evidência.

Desenvolvi competências comuns do EE de domínio D1.1. (OE, 2010a), identificando necessidades de investimento próprio, nomeadamente na RFR.

Defini como objetivos da RFR a “reexpansão pulmonar do lado afectado; a drenagem de secreções; a promoção da tosse eficaz (...); impedir a formação de aderências pleurais; impedir ou corrigir as posições anti-álgicas defeituosas” (Cordeiro & Menoita, 2012, p.236 e 246). Para dar resposta a estes objetivos elaborei um plano de cuidados onde destaco as seguintes técnicas utilizadas: observação da radiografia do tórax; auscultação pulmonar no início e final da sessão; monitorização de oximetria periférica no início, durante e final da sessão; terapêutica de posição; reeducação costal selectiva; drenagem postural modificada associada a manobras acessórias (percussão e vibrocompressão); fluidificação de secreções (atmosfera húmida e administração de acetilcisteína inalatória) e aspiração das mesmas.

O investimento realizado e o trabalho desenvolvido traduziram-se na resolução da atelectasia (anexo IX). De realçar que numa fase inicial houve uma recorrência da mesma. Questionei-me sobre os motivos que provocaram tal acontecimento: a pessoa melhorava quando eu e/ou qualquer um dos EEER trabalhavam com a mesma e piorava nos dias em que não estávamos presentes. Identificou-se a necessidade de formar a restante equipa de enfermagem para a adoção de medidas que garantissem a continuidade dos cuidados: terapêutica de posição, privilegiando o decúbito lateral direito e a fluidificação de secreções através de reforço hídrico e realização de atmosfera húmida.

Foi evidente o desenvolvimento de competências de domínio C1.1.; C1.2. “orienta e supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade” (OE; 2010a, p.8); D1.2. e D2.3. (OE, 2010a).

Os resultados das intervenções parecem ir ao encontro da evidência científica, onde o sucesso dos programas e processos de reabilitação dependem do funcionamento da equipa interdisciplinar. Importa compreender que

a organização das condições para o trabalho de equipa deve incluir: conhecimento da organização; reconhecimento da inter-relação dos conhecimentos de cada área científica como fundamental para o conjunto de intervenções (...) um processo de comunicação permanente entre os elementos da equipa, e uma cooperação e colaboração ao longo do processo de reabilitação (Santos, 2017, p.18).

Além da RFR, aquela pessoa detinha necessidade de reabilitação ao nível de todas as restantes funções. A capacitação da equipa para dar continuidade aos cuidados planeados, foi fundamental, bem como a adequação da comunicação, nomeadamente não verbal durante o programa de reabilitação. A tacésica e a cinésica eram sistemas de CNV compreendidos pela pessoa, conseguindo-se através dos mesmos que participasse de forma ativa-assistida nalguns exercícios. Do ponto de vista da reeducação funcional motora, a cinésia, associada à orientação visual através da imitação de movimentos pretendidos; e a tacésica como incentivo/mote ao início da sua realização foram uma mais valia na sua participação e, conseqüentemente, capacitação visível pelos ganhos adquiridos essencialmente nas áreas motora, respiratória e cognitiva.

Foi através das suas reações que identifiquei os seus recursos internos bem como as possibilidades de maximizar a sua funcionalidade através do ensino, instrução e treino baseados em intervenções apropriadas e adequadas à sua recuperação e capacidades (Buhl & Pallesen, 2015).

No planeamento das intervenções e programas de reabilitação é impossível não ter em consideração o recurso a produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação), uma vez que estes “são meios indispensáveis ao bem-estar, autonomia, integração e qualidade de vida das pessoas, de modo a permitir uma actividade mais independente, com maior comodidade, com menor esforço e dor, com menor dispêndio de energia” (Menoita et al., 2012, p.117).

Na neurocirurgia destaco o uso de superfícies de trabalho (preferencialmente transparentes); tábua de transferência; cadeira de rodas; barras de apoio (essencialmente sanitárias) e dispositivos de compensação para a alimentação. Já na ECCI eram mais evidentes os auxiliares de marcha (andarrilho, canadianas e tripé) e os dispositivos de compensação para a alimentação.

É essencial a correta avaliação das necessidades de cada pessoa e sua família, bem como dos riscos inerentes ao uso inadequado destes dispositivos, especialmente se não forem os mais indicados para a sua situação.

O Sr. D. encontrava-se em processo de reabilitação com a ECCI após segundo episódio de AVC. O primeiro era referente ao hemisfério direito sendo o último do hemisfério esquerdo. No primeiro tinha aprendido a utilizar andarrilho

como auxiliar de marcha. Este não era fixo, mas sim flexível bilateralmente consoante a deambulação, motivando a queda que originou o segundo AVC. Identificando a instabilidade daquele dispositivo e a sua incorreta utilização face à situação, foi realizada a tentativa de mudança deste para um tripé, mais adequado às condições habitacionais da pessoa e sua família. No entanto, verificou-se que esta não era uma alternativa face à vontade dos mesmos e que a pessoa apresentava melhores resultados e coordenação com o andarilho.

O meu trabalho centrou-se na reformulação do ensino e supervisão da utilização do andarilho de forma a garantir o uso correto do mesmo, contribuindo para o desenvolvimento de competências específicas do EEER e domínio J2.1. “elabora e implementa programa de treino de AVD’s visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida” (OE, 2010b, p.4); J3.1. e J3.2. “avalia e reformula programas de treino motor e cardio-respiratório em função dos resultados esperados” (OE, 2010b, p.4).

Desde que foi capaz de utilizar o andarilho corretamente, verificou-se um aumento da sua qualidade de vida, uma vez que era mais independente na locomoção e, conseqüentemente, na satisfação de outras necessidades que exigiam a sua deslocação. Constata-se uma maior tranquilidade na família e capacitação desta bem como da pessoa. A evolução ao longo desta experiência contribuiu para o desenvolvimento de competências específicas do EEER de domínio J1.1.; J1.2.; J1.3. e J1.4. “avalia os resultados das intervenções implementadas” (OE, 2010b, p.3).

Ao longo do estágio procurei, sempre que presente, o envolvimento da família e/ou cuidador informal na prestação de cuidados. Esta atividade foi mais desenvolvida na ECCI, pois em contexto hospitalar estava condicionada à possibilidade da pessoa ser ou não visitada e ao tempo que cada visita disponibilizada para acompanhar a pessoa.

Nas primeiras semanas de estágio na ECCI, identifiquei uma familiar em risco de exaustão do cuidador pelo peso da responsabilidade que a própria sentia em ter de cuidar da mãe após um acontecimento inesperado (AVC) e que carecia de cuidados mais complexos que antes. Esta pessoa em particular tinha já como antecedentes Doença de Alzheimer e Parkinson, entre outras patologias,

verificando-se, actualmente, um agravamento dos seus défices cognitivos. Esta situação incutia na cuidadora (filha) um *stress* acrescido pela lacuna de conhecimento que sentia necessário para o cuidar.

A abordagem a esta situação teve por base o respeito pelos cuidados individualizados (Suhonen, Valimaki & Leino-Kilpi, 2008):

- 1ª Etapa (Recolha de dados/informação)¹³ - Dificuldade/dúvida da filha (cuidadora) sobre o posicionamento adequado e a mecânica corporal necessária para o executar;
- 2ª Etapa (Intervenções educacionais de ER individualizadas) – Educação para a saúde com recurso a folheto individualizado à cuidadora sobre posicionamento em padrão anti-espástico (apêndice XVII);
- 3ª Etapa (Participação da pessoa na tomada de decisão) - três semanas após: maior capacitação da cuidadora com melhoria na qualidade do posicionamento e diminuição do *stress*.

Nesta situação, o processo de reabilitação passava mais pela capacitação da cuidadora do que da pessoa, cuja finalidade era a promoção da qualidade de vida através da prevenção de complicações e do declínio funcional mais do que a recuperação da própria funcionalidade.

Os ganhos obtidos vêm ao encontro do que nos diz a literatura: a educação ou o aconselhamento individualizado é mais eficaz do que as atividades normais, padronizadas ou rotineiras (Suhonen, Valimaki & Leino-Kilpi, 2008), promove a confiança e a tranquilidade e reduz a ansiedade (Rebelo & Carvalho, 2014). Já a participação da cuidadora na tomada de decisão só foi possível porque esta foi partilhada entre mim e a cuidadora com base na interação e comunicação que estabelecemos entre as duas, valorizando-se as suas perceções, desejos e crenças (King, 1984).

A pessoa com LC e distúrbio da linguagem necessita de intervenção na função cognitiva como nas restantes áreas funcionais (motor, sensorial, cardio-respiratório, alimentação, eliminação e sexualidade) e no treino de AVD (OE,

¹³Esta filosofia vai ao encontro da teoria de King (1984) cujo conceito de percepção é associado a experiências passadas e subjetivas de cada pessoa, incluindo os antecedentes educativos.

2010b). Apesar de ter sido dada primazia às pessoas com LC e com comprometimento da comunicação, existiram outras com necessidade emergente de ER sem distúrbios da linguagem a quem também foram prestados cuidados, principalmente quando identificados riscos na prática clínica das equipas. Isso fez-me explorar outras áreas de intervenção (apêndice XVIII).

Estas atividades contribuíram para o desenvolvimento de competências comuns do EE de domínio A1 “desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção” (OE, 2010a, p.4); A2 “promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (OE, 2010a, p.5); B3 “cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro”; C1 “gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional” (OE, 2010a, p.7) e D2 “baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento” (OE, 2010a, p.10). Também as competências específicas do EEER foram desenvolvidas, nomeadamente de domínio J1 “cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados” (OE, 2010b, p.3), J2 “capacita a pessoa com deficiência, limitação da actividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania” e J3 “maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa” (OE, 2010b, p.4).

Objetivo 8. Analisar a problemática do comprometimento da comunicação e respetivo impacto na capacitação da pessoa com LC.

Para o seu alcance foi fundamental o estudo autónomo e a pesquisa bibliográfica. Este objetivo é impossível de dissociar-se dos anteriores, no sentido em que esta análise ocorreu paralelamente durante a concretização das atividades propostas para o alcance dos mesmos. Um exemplo disso, é a prestação direta de cuidados de ER, nomeadamente no treino de AVD. Tal como afirma Maia (2009), foi, essencialmente, nesta área que pude verificar a reeducação cognitiva e, simultaneamente, promovê-la, na qual a comunicação se inclui. Ao elaborar os processos de ER, além da avaliação prévia e do planeamento das intervenções, considerei também a reavaliação das mesmas,

priorizando a MIF como instrumento que traduz os ganhos em saúde da reabilitação cognitiva.

Vendo a consciência como ponto de partida para a reeducação cognitiva, incluindo a comunicação, é fácil compreender a importância de a relacionar com os ganhos identificados através da MIF. Também a Escala Rancho Los Amigos (ERA) foi um instrumento essencial ao alcance do oitavo objetivo.

Tive o primeiro contacto com o Sr. L.A., com um hematoma intraparenquimatoso fronto temporal direito, no dia 3-10-2017. Tinha um *score* na Escala de Coma de Glasgow de 8, e encontrava-se no nível II da ERA. Estávamos ao nível da primeira unidade funcional do modelo de funcionamento cerebral de Lúria (1981), onde a função de vigília e atenção se encontrava comprometida.

Desde esse dia que procurei estimular a neuroplasticidade, garantindo a regulação do ambiente através da proteção de estímulos sensoriais desagradáveis durante o processo de reabilitação (Varanda & Rodrigues, 2017b). Em cada sessão, fui promovendo um ambiente sereno e utilizando uma voz calma. Numa fase inicial, a sua capacidade de concentração nem sempre era evidente. No entanto, nunca manifestei no meu tom de voz sinais de impaciência mas sim de incentivo ao progresso e respeito pelo tempo que ele precisava. Nesses momentos, a solução foi compreender o que originava a falta de concentração (Manning, 2012). Esta avaliação, era efetuada através da sua CNV: a retração do corpo por dor, a adoção da posição fetal para descansar, ou a agitação manifestada pela inquietude dos membros.

Ao compreender o que motivava aquele estado pude adequar a minha intervenção ao seu tempo e necessidade. Não sendo possível determiná-la com exactidão, procurei respeitar estes sinais comunicacionais como uma mensagem que me era transmitida sobre o seu estado de saúde e o que pretendia em cada momento e assim ele ia evoluindo de forma gradual e discreta (apêndice XIX).

O respeito pela individualização do seu processo de reeducação cognitiva ajustando-o à sua *performance* (Maia, 2009) foi fundamental à tomada de decisão partilhada, mesmo que a sua não fosse comunicada verbalmente. Esta

só foi possível através da interação, comunicação eficaz e valorização das percepções tal como defende King (1981).

Desenvolvi competências comuns do EE de domínio A1.1; A1.2. “suporta a decisão em princípios, valores e normas deontológicas” (OE, 2010a, p.5); A1.3.; A1.4. “avalia o processo e os resultados da tomada de decisão” (OE, 2010a, p.5); A2.1.; A2.2.; B3.1; C1.1. e C1.2. (OE, 2010a).

Independentemente da área de cuidados em causa, quando falamos em LC e compromisso comunicacional, é impossível não relacionar a capacitação da pessoa com a comunicação eficaz. Quando o pensamento, fundamental à compreensão linguística e à execução de tarefas, está comprometido, também a capacitação da pessoa estará tal como experienciado nesta situação.

Ao longo da elaboração dos processos de ER e da sua implementação, analisei o impacto que a comunicação tinha na capacitação da pessoa: era evidente que quando a mesma era eficaz existiam ganhos em saúde que traduziam a sua motivação, participação no processo de reabilitação e capacitação. A comunicação eficaz era essencial à reeducação cognitiva e simultaneamente à capacitação de outras funções. Do mesmo modo, quanto mais capacitada a pessoa se encontrava nas restantes funções mais motivação e capacidade de expressão apresentava sendo estas funções executivas da responsabilidade da terceira unidade funcional (Lúria, 1981).

Além das competências comuns desenvolvidas, estas atividades contribuíram ainda para o desenvolvimento de competências específicas do EEER de domínio J.1.1.; J1.2.; J1.3.; J1.4. (OE, 2010b).

Uma das atividades que não tinha planeado no projeto, prende-se com a realização de um artigo para a *newsletter* da UCC onde estagiei (apêndice XX). Esta fonte de informação trimestral tinha como objetivo dar a conhecer projetos e atividades da unidade como analisar determinadas temáticas de interesse para sociedade no que diz respeito à saúde. Como membro já integrado na equipa e por me ser reconhecido um perfil de competências específicas enquanto futura EEER, mais concretamente na área da comunicação, foi solicitada a minha colaboração na edição de janeiro-março.

Esta ação interdisciplinar objetivou uma consciência social inclusiva, contribuindo para o desenvolvimento de competências específicas do EEER de domínio J2.2. (OE, 2010b). Pretendeu sensibilizar profissionais e familiares para a problemática do compromisso comunicacional e o impacto na capacitação da pessoa com LC, fornecendo estratégias gerais para a inclusão social através da comunicação mais eficaz. Contribuiu ainda para o desenvolvimento de competências comuns do EE no domínio A2.1. e A2.2. (OE, 2010a).

Outra atividade não planeada diz respeito à realização de um artigo científico de cariz qualitativo, intitulado *“The person with brain injury: wordless rehabilitation”* (apêndice XXI). Este foi concebido no final do estágio, paralelamente à elaboração do seu respetivo relatório tendo sido aceite para publicação numa revista de grande impacto (Revista da Escola de Enfermagem da USP). Após terem sido consideradas as recomendações dos revisores, aguarda-se nova revisão. Esta atividade foi efetuada em parceria com a docente orientadora e teve como metodologia a revisão integrativa sobre a problemática do meu projeto de estágio. Permitiu-me desenvolver competências comuns do EE de domínio D2.2. (OE, 2010a). Partiu da identificação de uma oportunidade de investigação, interpretando, organizando e divulgando dados provenientes da evidência. Na sua concretização foram discutidas e analisadas as implicações da investigação procurando um contributo para o desenvolvimento da prática clínica especializada de outros EEER.

Objetivo 9. Analisar o processo de aprendizagem efetuado.

A elaboração de jornais de aprendizagem reflexivos semanais sobre as atividades desenvolvidas foi fundamental para o seu alcance. Todos se debruçaram sobre atividades/experiências tidas em cada semana de estágio que tivessem contribuído para o alcance dos objetivos definidos no projeto, independentemente das atividades inerentes estarem, ou não, definidas no mesmo. Considero que a sua realização contribuiu para o desenvolvimento de competências comuns de EE de domínio A1.4.; D1.1.; D1.2. “gera respostas, de elevada adaptabilidade individual e organizacional” (OE, 2010a, p.9).

Também as reuniões com enfermeira e docente orientadora se revelaram momentos de análise e avaliação do meu percurso, onde a reflexão sobre as

“tomadas de decisão clínica, em contexto de grande complexidade, variabilidade, imprevisibilidade e incerteza” (Queirós & Figueiredo, 2015, p.16-17) foi essencial. Nestas foi considerada a grelha de auto-avaliação sobre os objetivos propostos, tendo por base os indicadores e critérios estabelecidos.

A última atividade que dá resposta a este objetivo é a elaboração do relatório de estágio. Este evidencia o meu processo de aprendizagem através da descrição e análise das atividades desenvolvidas em estágio face aos objetivos definidos do projeto prévio e à luz das competências comuns do EE e específicas do EEER. Este processo foi sustentado numa prática baseada na evidência onde o “saber em enfermagem permite dar respostas a uma prática e ao mesmo tempo estrutura-se nessa prática” (Queirós & Figueiredo, 2015, p.16). Deste modo, julgo que seja um contributo para o meu futuro enquanto EEER mas também para outros profissionais que detenham interesse pela mesma área de estudo através do suporte à “prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade” (OE, 2010a, p.10).

2.2. Avaliação da contribuição do projeto para a ER

Para avaliar a contribuição do meu projeto e respetivo estágio para a ER, basear-me-ei no modelo de análise *SWOT* sustentada em quatro pilares: forças, oportunidades, fraquezas e ameaças (Liu, 2017).

A implementação do projeto de estágio traduz um saldo positivo entre os pontos fortes e fracos do meu processo de aprendizagem e do seu contributo para a ER. Considero como forças a adequação da escolha dos locais de estágio tendo em conta a temática do projeto, bem como o conhecimento prévio das suas realidades. Para isso relacionei a exigência de optarmos por um serviço de internamento e outro comunitário com a área de projeto pretendida. Optei por uma neurocirurgia cuja casuística de comprometimento comunicacional em pessoas com LC era elevada e por uma UCC pertencente à área de intervenção do respetivo hospital.

Esta preparação permitiu-me um planeamento que não necessitou de muitas adaptações para o alcance dos seus objetivos, sendo que todos foram atingidos.

O serviço de neurocirurgia foi mais facilitador deste processo, dada a sua especificidade na área. Já o estágio na UCC proporcionou menos experiências que permitissem aprofundar a área abordada no projeto pela menor prevalência de pessoas com LC, contribuindo, no entanto, para o desenvolvimento de competências comuns do EE e específicas do EEER.

A diferença de casuística entre internamento e comunidade proporcionou-me a oportunidade de adaptar o projeto no contexto comunitário. Também o facto da minha experiência profissional ser exclusivamente hospitalar não terá facilitado o conhecimento da realidade comunitária e, consequentemente, o melhor planeamento do projeto a esse mesmo contexto.

Considero pertinente a implementação dos projetos de estágio em ambiente hospitalar e comunitário, permitindo aos enfermeiros com diferentes experiências desenvolverem-se na área de menor domínio. A possibilidade de vivenciar a articulação entre a neurocirurgia e a respetiva ECCL, que garante a continuidade de cuidados, manifestou-se um ponto forte na minha aprendizagem. Julgo que a experiência não teria sido tão frutífera caso ambos os contextos pertencessem a zonas de referência diferentes, uma vez que tive a oportunidade de dar continuidade em domicílio aos cuidados que havia planeado com uma pessoa e sua família no hospital. Além disso facilitou o meu processo de auto-avaliação: os ganhos e a capacitação que a pessoa tinha adquirido através do que havia planeado com ela e sua família levou-me a uma análise positiva da avaliação que tinha feito da mesma e da condução do processo de enfermagem.

Do ponto de vista prático, tive que investir mais na integração e adaptação durante o estágio na UCC e simultaneamente à prática da especialidade de ER na mesma. Esta por sua vez exigiu uma capacidade de aplicar os conhecimentos definidos para a prática de reabilitação apelando à criatividade: as técnicas eram menos padronizadas, embora respeitassem os mesmos princípios. O que no início foi uma dificuldade, acabou por se revelar uma mais valia no sentido que contribuiu para o desenvolvimento de competências, nomeadamente no que diz respeito à individualização dos cuidados.

Contudo, a dificuldade em delimitar as fronteiras entre classes profissionais, em determinados momentos e contexto, constituíram uma ameaça difícil de gerir durante o estágio. Esta dificuldade foi mais evidente em contexto hospitalar, principalmente com os fisioterapeutas, onde a partilha era inexistente e os objetivos não eram discutidos. Ambos os profissionais trabalhavam com as mesmas pessoas mas de forma desagregada. Já na comunidade esta barreira foi mais facilmente ultrapassada existindo uma estrutura funcional entre profissionais. Embora enfermeira e fisioterapeuta não trabalhassem em conjunto com uma mesma pessoa, partilhavam ideias e discutiam os casos clínicos efectuando uma divisão destes entre ambas. Do meu ponto de vista, não sendo a solução ideal, era a que melhor dava resposta às necessidades dado o rácio de pessoas inscritas com necessidade de reabilitação e profissionais que poderiam dar resposta às mesmas (apenas uma enfermeira e uma fisioterapeuta).

Ainda no âmbito do trabalho de equipa, numa fase inicial, foi difícil compreender que, embora me encontrasse no papel de estudante, deveria assumir uma postura de liderança pela minha prática profissional, desde que devidamente sustentada na evidência. Esta postura constituiu uma fraqueza evidente, traduzida pela dificuldade em encarnar o papel de EEER quando ainda não me sentia como tal. Contudo, foi com as experiências vivenciadas, sua respetiva reflexão e validação dos ganhos obtidos com a prática que fui ganhando a confiança necessária para assumir essa postura. Distanciar-me do papel de generalista sem perder o respeito pelo mesmo permitiu-me contribuir para a melhoria da prática de cuidados nas equipas onde me inseri. Esta foi conseguida pela formação informal dos pares, garantindo a continuidade dos cuidados, bem como pela formação mais formal dos mesmos. Este equilíbrio e discernimento facilitou a continuidade de cuidados através da delegação de tarefas e não de competências, vendo o enfermeiro generalista, outros profissionais e a família como colaboradores e não como substitutos.

No que respeita à continuidade de cuidados, é imprescindível falar-se nos registos de enfermagem. Estes nem sempre se revelaram um ponto forte, verificando-se algumas lacunas no que concerne à objetividade, principalmente nas notas de alta e referência das instituições para a ECCI.

A compreensão da intervenção do EEER enquanto profissional autônomo com ações interdependentes levou-me a refletir sobre uma dimensão pouco explorada no projeto e respetivo estágio: a área social. Embora não tenha especificado no projeto, a UCC onde estagiei também não ofereceu uma grande variedade de experiências neste campo. Considero hoje, que o EEER enquanto profissional diferenciado e capacitado deve liderar dentro da equipa em que se insere tanto como na sociedade a que pertence. Por outras palavras, deve usar o conhecimento de que é detentor para fazer a diferença na comunidade apresentando uma postura mais pró-ativa possível através do desenvolvimento de programas sociais em articulação com os recursos/instituições da mesma.

Não se pode esperar um reconhecimento da profissão em geral, e da especialidade em particular, se não mostrarmos o nosso conhecimento, trabalho e competências à sociedade. Mais do que colaborar em pareceres relativos à acessibilidade devemos explorar outras áreas de inclusão social cujo investimento é escasso, como, por exemplo, a comunicação. Também a barreira comunicacional se torna uma dificuldade à acessibilidade, não motora, mas cognitiva com um sério impacto na autonomia e tomada de decisão. Infelizmente é uma área onde a investigação é ainda escassa, principalmente no que respeita à ER. Considero urgente que haja investigadores que invistam nesta área, sendo necessário cruzar conhecimento com outras ciências onde existe já algum trabalho desenvolvido como a programação neurolinguística e a neuropsicologia.

Face as competências específicas do EEER é fundamental que este domine a arte de comunicar, compreendendo que esta é transversal a qualquer pessoa, independentemente da sua condição, ao longo de todo o ciclo vital. É imprescindível que seja capaz de avaliar e intervir na sua reeducação/reabilitação simultaneamente à restante prestação de cuidados, ao contrário de outras áreas.

3. AVALIAÇÃO DO PERCURSO FORMATIVO: A TRANSAÇÃO DE GENERALISTA A ESPECIALISTA

Numa realidade onde as exigências são cada vez maiores (pessoais, sociais e profissionais), espera-se um desenvolvimento de competências que não é exceção à prática de enfermagem. A própria Ordem dos Enfermeiros define um perfil de competências tanto para enfermeiros generalistas como especialistas.

Segundo Fleury e Fleury (2001), competência é mais do que uma qualificação ou estado, é uma realidade dinâmica, um processo. É o conjunto do conhecimento e da ação mobilizada adequando-o ao momento oportuno com a finalidade de implementar determinada intervenção com eficácia. Este pensamento associado a uma prática clínica de seis anos fez-me sentir necessidade de desenvolver competências académicas e profissionais, culminando com o ingresso no 8º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação.

O percurso traçado contribuiu para esse desenvolvimento comportando três dimensões essenciais: a minha competência individual, as *core competences* e os sistemas educacionais e formação de competências (Fleury & Fleury, 2001). É a partir deste conhecimento que as organizações/instituições devem reorganizar a sua atuação, entendendo competência como algo que se desenvolve e não que se adquire. Por outras palavras, competência é o resultado de três dimensões: capacidades cognitivas, saber-fazer e conhecimentos (Fleury & Fleury, 2001).

Durante o estágio, foi imprescindível mobilizar conhecimentos no momento oportuno e adequados ao contexto em que me encontrava; integrar, organizar e selecionar aquilo que seria útil para desempenhar cada função com sucesso.

Tal como King (1984) defende a ocorrência de uma transação quando os objetivos são alcançados, também a competência implica uma transação/mudança e exige aprendizagem com vista à capacitação, através do estabelecimento de estratégias que promovam o seu desenvolvimento. Se a competência é mais do que saber e/ou saber fazer, então o processo de aprendizagem que lhe está inerente deve também fugir à visão tradicional do modelo behaviorista para dar lugar ao modelo cognitivo com recurso à metacognição/metaconhecimento.

Da avaliação do meu percurso formativo, diria que a aprendizagem individual não se dissocia da organizacional. Não é possível existir uma passagem, no sentido, que implica uma divisão de contextos e transferência de aprendizagens entre os mesmos. Encaro a aprendizagem uma partilha mais do que uma dissociação, cujo resultado é o desenvolvimento de competências transversais a diferentes contextos: individual, grupo e organização. A partilha de aprendizagens com os colegas do curso de especialidade bem como docentes, orientadores, pessoas e suas famílias, aliada à capacidade de argumentação com base na literatura, foi fundamental para uma nova perspectiva pessoal com contributo para a mudança de paradigma na equipa em que me insiro.

Segundo Souza e Souza (2014), a capacidade de argumentação ajuda-nos a atribuir significado à informação e aos contextos. Esta competência aumenta a nossa aptidão de debate através da qual se consegue fundamentar a tomada de decisão, contribuindo para a mudança de paradigmas. Para isso, julgo ser fundamental o exercício de um pensamento crítico baseado no questionamento e argumentação que vise a resolução de problemas (Souza & Souza, 2014).

Esta foi uma das competências que mais desenvolvi neste estágio. Se numa fase inicial existiam práticas que eu sabia não serem corretas, faltava-me a capacidade de fundamentação e argumentação que sustentasse aquelas que considerava serem as mais adequadas e que contribuiriam para a excelência e a melhoria contínua dos cuidados e não para a estagnação da nossa profissão.

Segundo o Regulamento das Competências Comuns do EE (OE, 2010a) espera-se que este desenvolva uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção; promova práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais; adapte a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados e que desenvolva o auto-conhecimento e a assertividade.

Como tal, considero competência como o conjunto de saberes colocados em prática. Por outras palavras, creio que o seu desenvolvimento é um processo constante e que não deve culminar com a concretização do curso de mestrado e respetiva especialidade. Deste modo, projeto para o futuro dar continuidade a

esta trabalho na realização de um doutoramento que possa contribuir nesta área de estudo que é a CNV e que é ainda pouco explorada pela ER.

Creio que o trabalho desenvolvido tem lugar para ser implementado/aplicado na minha prática clínica quer no meu atual local de trabalho – serviço de medicina, onde vários são os distúrbios comunicacionais quer por síndrome demencial quer por AVC – quer em qualquer outra realidade futura já que é uma área transversal a qualquer contexto de prestação de cuidados. Este teve por base uma prática baseada na evidência, cujas tomadas de decisão tiveram em consideração quatro pilares fundamentais: experiência clínica, preferências da pessoa, recursos disponíveis e a evidência pela investigação (Pereira, 2017).

O investimento nesta área, onde há pouco trabalho desenvolvido apesar das exigências cada vez maiores, tornou-se uma mais valia no meu desenvolvimento profissional bem como um contributo para o avanço da enfermagem enquanto ferramenta facilitadora da capacitação da classe profissional.

Apesar da transversalidade desta temática e da ER em geral, gostaria num futuro próximo de investir numa carreira profissional associada à comunidade e/ou à formação de terceiros. Após a experiência de estágio e as competências desenvolvidas, penso que estes contextos são o futuro da ER tanto na capacitação de novos profissionais como no desenvolvimento de projetos e investigação. A panóplia de situações e diversidade é uma realidade que permite ao enfermeiro mais especializado de todos expandir-se constantemente, no sentido que exige deste uma constante adaptação ao meio e investimento pessoal em áreas diversas. Permite-lhe ainda, uma maior proximidade com a população, podendo investir, do ponto de vista social, mais na prevenção e não só nas incapacidades instaladas em cada pessoa.

Concluo considerando que neste percurso formativo desenvolvi competências do ponto formativo (desenvolvimento de competências, de conhecimentos e de habilidades), normativo (baseada no conhecimento e respeito pelos protocolos e procedimentos) e restaurativo (perceção e gestão intrínseca da prática de enfermagem), segundo o modelo de Proctor (1987).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, C. (2014). *Aplicabilidade, validação e reprodutibilidade do spinal cord independence measure version III (SCIM III) nos pacientes com paraparesia espástica*. (Dissertação de mestrado). Disponível em: (<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17142/tde-29052015-101117/pt-br.php>)
- Arksey, H. & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *Int. J. Social Research Methodology*, 8(1), 19-32. **Doi:** 10.1080/1364557032000119616.
- Armstrong, R., Hall, B., Doyle, J. & Waters, E. (2011). Cochrane update: "scoping the scope" of a cochrane review. *Journal of Public Health*, 33(1), 147-150. **Doi:** 10.1093/pubmed/fdr015.
- Aubert, S., Barat, M., Campan, M., Dehait, P., Joseph, P. & Mazaux, J. (2004). Compétences de communication non verbale des traumatisés crâniens graves. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*, 47, 135-141. **Doi:** 10.1010/j.annrmp.2004.02.001.
- Bahia, M.M. & Chun R.Y.S. (2014). Qualidade de vida na afasia: diferenças entre afásicos fluentes e não fluentes usuários de comunicação suplementar e/ou alternativa. *Audiology - Communication Research*, 19(4), 352-59. **Doi:** 10.1590/S2317-64312014000300001353.
- Borges, J., Moreira, T., Braz da Silva, D., Loureiro, A. & Meneses, A. (2017). Adult nursing-patient relationship: integrative review oriented by the King interpersonal system. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, 11 (4), 1769-1778. **Doi:** 10.5205/reuol.9763-85423-1-SM.1104201727.
- Boss, B. & Wilkerson, R. (2011). Comunicação: Linguagem e Pragmática. In S. Hoeman (Coord), *Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados* (pp. 525-550). Loures: Lusodidacta.
- Branco, P. (2017). Equipa de Reabilitação. In C. Marques-Vieira & L. Sousa. (Coords), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp.25-33). Loures: Lusodidacta.

Brink, E. & Skott, C. (2013). Caring about symptoms in person-centred care. *Open Journal of Nursing*, 3(8), 563-567. **Doi:** 10.4236/ojn.2013.38077.

Buhl, I. & Pallesen, H. (2015). Early rehabilitation of patients with severe acquired brain injury: strategies to promote participation. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 22, 181-195. **Doi:** 10.3109/11038128.2015.1008567.

Caceres, B. (2015). King's theory of goal attainment: exploring functional status. *Nursing Science Quartely*, 28 (2), 151-155. **Doi:** 10. 1177/0894318415571601.

Caldas, A. (2000). *A herança de Franz Joseph Gall: O cérebro ao serviço do comportamento humano*. Amadora: McGraw-Hill.

Caldas, A. (2017). Funções Cognitivas. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coords), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 139-143). Loures: Lusodidacta.

Carvalho, P., Magalhães, C. & Pedroso, J. (2016). Tratamentos não farmacológicos que melhoram a qualidade de vida de idosos com doença de Alzheimer: uma revisão sistemática. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 65(4), 334-339. **Doi:** 10.1580/0047-2085000000142.

Coelho, R.M.A. (2011). *Determinantes da Capacidade Funcional do Doente após Acidente Vascular Cerebral*. (Dissertação de mestrado). Disponível em: (<http://hdl.handle.net/10400.19/1669>).

Cordeiro, C. & Menoita, E. (2012). *Manual de Boa Práticas na Reabilitação Respiratória: Conceitos, Princípios e Técnicas*. Loures: Lusociência.

Costa, J.T.S. (2013). *A Variabilidade no Consumo de Recursos nos Traumatismos Crânio-Encefálicos*. (Tese de mestrado). Disponível: (<http://hdl.handle.net/10362/11520>).

Cruz, A., Santos, M., Reis, A & Faísca, L. (2014). Validação portuguesa de um teste breve para rastreio da afasia. *Sinapse*, 14(1), 9-17.

Damásio, A. (2010). *O Livro da Consciência: a construção de cérebro consciente*. Maia: Temas e Debates.

Damásio, A. (2011). *O Erro de Descartes. Emoção, Razão e Cérebro Humano*. Lisboa: Círculo de Leitores.

Diogo, P., Rodrigues, J., Lemos e Sousa, O., Martins, H. & Fernandes, N. (2016). Supervisão de estudantes em ensino clínico: Correlação entre desenvolvimento de competências emocionais e função de suporte. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 4, 115-122. **Doi:** 10.19131/rpesm.0150.

Direção Geral da Saúde (1999). *Carta dos Direitos do Doente Internado*. Lisboa: Ministério da Saúde. Acedido em 20-12-2017. Disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006779.pdf>

Direção Geral da Saúde (2004) *Planeamento da Alta do Doente com AVC*. Circular Informativa nº.12/DSPCS de 19 de abril de 2004. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

Direção Geral da Saúde (2010). *Acidente Vascular Cerebral. Itierários clínicos*. Lisboa: Lidel.

Direção Geral da Saúde (2015). *Portugal Doenças cerebro-vasculares em números – 2015*. Lisboa: DGS.

Direção Geral da Saúde (2017). *Portugal - Doenças cerebro-vasculares em números – 2017*. Lisboa: DGS.

Falender, C. A. & Shafranske, E. P. (2014). Clinical supervision: state of the art. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 70(11), 1030-1041. **Doi:** 10.1002/jclp.22124.

Fernandes, G.M.S. (2012). *Traumatismos Crânio-Encefálicos e Compreensão Auditiva de Nomes Comuns: Estudo do Papel Mediador da Idade no Momento da Lesão e de Processos Cognitivos Não Linguísticos*. (Dissertação de mestrado). Disponível em: (<http://hdl.handle.net/10316/22500>).

Ferro, J. & Pimentel, J. (2006). *Neurologia: Princípios, Diagnóstico e Tratamento*. Lousã: Lidel.

Figueira, J. (2007). Rapport – o ingrediente mágico do coaching (para.4). Acedido em 20-12-2017. Disponível em <https://pnl-portugal.com/rapport-o-ingrediente-magico-do-coaching/>

Fleury, M. & Fleury, A. (2001). Construindo o Conceito de Competência. *RAC - Edição Especial*, 5, 183-196. **Doi:** 10.1590/S1415-65552001000500010.

Freeman, G., et al. (2007). *Continuity of care 2006: what have we learned since 2000 and what are policy imperatives now?* Report for the National Co-ordinating Center for NHS Service Delivery and Organisation R&D (NCCSDO).

Garcia, M., Cirino, I, Elias, T., Lira, A. & Enders, B. (2014). Interação enfermeiro-paciente na adesão ao tratamento da tuberculose: Reflexão à luz de Imogene King. *Revista Enfermagem UFPE On Line*, 8(1), 2513-2521. **Doi:** 10.5205/reuol.5927-50900-1-SM.0807supl201441.

Garcia, T. (2018). *Classificação Internacional para a prática de enfermagem (CIPE)®: versão 2017*. Porto Alegre: Artmed Editora.

Giulio, R.M.D. & Chun, R.Y.S. (2014). Impacto da afasia na perspectiva do cuidador. *Distúrbios da Comunicação*, 26(3), 541-49. Acedido em: 20-12-2017. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/17269/15214>

Gomes, V. (2010). *Clínica e Evolução dos Tumores do Sistema Nervoso Central na Região da Beira Interior nos anos de 2007 e 2008*. (Dissertação de mestrado). Disponível em: (<http://www.fcsaude.ubi.pt/thesis2/tema.php?id=14256f0e7a3ffc15>).

Gomes, I. (2013). Promover o Cuidado de Si: a natureza da parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio. In Lopes, M. (Coords), *O Cuidado de Enfermagem à Pessoa Idosa: Da Investigação à Prática* (pp. 77-113). Loures: Lusociência.

Guzzo, R. (2008). *Análise comparativa da medida de independência funcional verbal e vivenciada em pacientes com hemiplegia por acidente vascular cerebral*. (Dissertação de mestrado). Disponível em: (<https://pt.scribd.com/document/41961042/mif>).

Inspeção Geral das Atividades em Saúde (2011). Relatório de Atividades 2011. Lisboa: Inspeção Geral das Atividades em Saúde.

Joanna Briggs Institute (2015). *Reviewers' Manual: Methodology for JBI Scoping Reviews*. Adelaide: The Joanna Briggs Institute.

Johnson, S., Cocks, N. & Dipper, L. (2013). Use of spatial communication in aphasia. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 48(4), 469-76. **Doi:** 10.1111/1460-6984.12002.

Karkkainen, O., Bondas, T. & Eriksson, K. (2005). Documentation of individualized patient care: a qualitative metasynthesis. *Nursing Ethics*, 12 (2), 123-132. **Doi:** 10.1191/0969733005ne769oa.

King, I. (1981). *A theory for nursing: systems, concepts, process*. New York: Wiley Medical Publications.

King, I. (1984). *Enfermería como profesión: Filosofía, principios y objetivos*. México: Editorial Limusa.

King, I. (1999). A Theory of Goal Attainment: Philosophical and Ethical Implications. *Nursing Science Quarterly*, 12(4), 292-296. **Doi:** 10.1177/08943189922107205.

Knapp, M. L. (1980). *La comunicación no verbal: el cuerpo y el entorno*. Barcelona: Paidós.

Liu, H. (2017). SWOT analysis of the current nursing education in China. *International Journal of Nursing Sciences*, 4, 347. **Doi:** 10.1016/j.ijnss.2017.10.013.

Lundy-Ekman, L. (2004). *Neurociência: Fundamentos para a Reabilitação*. (2ª ed.). Rio de Janeiro: Elsevier.

Lúria, A. (1981). *Fundamentos de Neuropsicologia*. Rio de Janeiro: Livros técnicos e científicos.

Maeder, J.M., Fager, S., Collins, K. & Beukelman, D.R. (2012). Representation of potential communication items in medical settings: an intervention note. *Augmentative and Alternative Communication*, 28(3), 190-196. **Doi:** 10.3109/07434618.2012.704526.

Mahlanze, H.T., Sibiya, M.N. & Govender, S. (2015). Guided reflection: a valuable tool for improving undergraduate student nurses' level of reflection. *African Journal for Physical, Health Education, Recreation and Dance*, 1(2), 396-408.

Maia, L. & Leite, R. (2009). *Avaliação e intervenção neuropsicológica: Estudos de caso e instrumentos*. Lisboa: Lidel.

Manning, L. (2012). *A Neuropsicologia Clínica. Uma abordagem cognitiva*. Lisboa: Instituto Piaget.

Marques, M.F.M. (2015). *Aprender a decidir em tempos de escola: a formação superior e a aprendizagem da tomada de decisão no processo de cuidados*. (Tese de doutoramento). Disponível em: (<http://recil.grupolusofona.pt/handle/10437/7207>).

McCormack, B. & McCance, T. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal os Advanced Nursing*, 56 (5), 472-479. **Doi:** 10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x.

Menezes, S.S.C., Corrêa, C.G., Silva, R.C.G. & Cruz, D.A.M.L. (2015). Raciocínio clínico no ensino de graduação em enfermagem: revisão de escopo. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 49(6), 1037-1044. **Doi:** 10.1590/S0080-623420150000600021.

Menoita, E., Sousa, L., Alvo, I. & Marques-Vieira, C. (2012). *Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência.

Mira, E.L. (2015). *Programación Neurolingüística en el abordaje del conflicto y de la comunicación*. (Trabalho de projeto). Disponível em: (<http://hdl.handle.net/10334/3568>).

Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D.G. & The PRISMA Group. (2010) Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *International Journal of Surgery*, 8, 336-41. **Doi:** 10.1016/j.ijsu.2010.02.007.

Monteiro, A., Oliveira, C., Pereira, C., Almeida, J., Santos, J., Damas, P. & Cardoso, T. (2013). *A oculta face do coma: o despertar do desconhecido*. Loures: Lusociência.

Morais, C. (2012). *Matrizes conceptuais dos enfermeiros no cuidar da pessoa em situação crítica: uma abordagem fenomenológica da intencionalidade dos*

cuidados. (Dissertação de mestrado). Disponível em: (<http://repositorio.esenfc.pt/?url=RUKqgv>).

Moreira, T. & Araújo, T. (2002). O modelo conceitual de sistemas abertos interatuantes e a teoria de alcance de metas de Imogene King. *Rev. Latino-americana*, 10(1), 97-103. **Doi:** 10.1590/S0104-11692002000100015.

Moreira, L., Schlottfeldt, C., Paula, J., Daniel, M., Paiva, A., Cazita, V. et al (2011). Estudo normativo do *Token Test* versão reduzida: dados preliminares para uma população de idosos brasileiros. *Revista Psiquiatria Clínica*, 38(3), 97-101. **Doi:** 10.1590/S0101-60832011000300003.

National Institute of Neurological Disorders and Stroke (2015). *Traumatic brain injury – hope through research*. Maryland: NIH Publication.

Nunes, L. (2009). Modelo de Desenvolvimento Profissional: pela segurança dos cuidados. *Ordem dos Enfermeiros*, 32, 4-12.

OECD (2017). *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing

Oliveira, E., Lavrador, J., Santos, M. & Lobo Antunes, J. (2012). Traumatismo cranio-encefálico: abordagem integrada. *Acta Médica Portuguesa*, 25(3), 179-192. Acedido em: 28-06-2017. Disponível em: <http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/download/43/45>

Ordem dos Enfermeiros (2009). *Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados – Referencial do Enfermeiro*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2010a). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2010b). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade Dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2014a). *Áreas Investigação Prioritárias para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2014b). *Core de indicadores por categoria de enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação (PQCER)*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2014c). *Norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2015). *Regulamento dos Padrões de Qualidade Dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Pestana, H. (2017). Sistemas de Informação e a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coords), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação ao Longo da Vida*. (p. 77-86). Loures: Lusodidacta.

Pereira, R. (2017). Enfermagem Baseada na Evidência: Um desafio, uma oportunidade. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coords), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 101-110). Loures: Lusodidacta.

Pritchard, M., Dipper, L., Morgan, G. & Cocks, N. (2015). Language and iconic gesture use in procedural discourse by speakers with aphasia. *Aphasiology*, 29(7), 826-844. **Doi:** 10.1080/02687038.2014.993912.

Proctor, B. (1987) Supervision: a co-operative Exercise in accountability. In M. Marken & M. Payn (Eds.), *Enabling and Ensuring: Supervision in Practice* (pp.21-23). Leicester: National Youth Agency.

Queirós, P. & Figueiredo, M. (2015). Enfermagem, de ciência aplicada a ciência humana prática: da racionalidade técnica à prática reflexiva. Acedido 25-07-2018. Disponível em:

https://www.researchgate.net/publication/275640141_Enfermagem_de_ciencia_aplicada_a_ciencia_humana_pratica_da_racionalidade_tecnica_a_pratica_reflexiva.

Ramos, A. & Bortagarai, F. (2012). A comunicação não-verbal na área da saúde. *Rev. CEFAC*, 14(1), 164-170. **Doi:** 10.1590/S1516-18462011005000067.

Rebelo, S. & Carvalho J. (2014). Ansiedade: Intervenções de Enfermagem. *Rev. Presencia*, 10(20), 1-7. Acedido em: 20-02-2018. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/283853274>

Registo Oncológico Regional do Norte (2016). *Registo Oncológico Nacional 2010*. Porto: Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil – EPE.

Ribeiro, J. (2014). Research review and scientific evidence. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 15(3), 671-682. **Doi:** 10.15309/14psd150309.

Rousseaux, M., Daveluy, W. & Kozlowski, O. (2010a). Communication in conversation in stroke patients. *J. Neurol. Lille*, 257, 1099-1107. **Doi:** 10.1007/s00415-010-5469-8.

Rousseaux, M., Vérigneaux, C. & Kozlowski, O. (2010b). An analysis of communication in conversation after severe traumatic brain injury. *European Journal of Neurology*, 17, 922-929. **Doi:** 10.1111/j.1468-1331.2009.02945.x.

Sainson, C. (2007). Communication non verbale et dysfonctionnement exécutif post-traumatique: à propos d'un case. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*, 50, 231-239. **Doi:** 10.1016/j.annrmp.2007.01.010.

Santana, I., Farinha, F., Freitas, S., Rodrigues, V. & Carvalho, A. (2015). Epidemiologia da demência e da doença de Alzheimer em Portugal: estimativas da prevalência e dos encargos financeiros com a medicação. *Acta Médica Portuguesa*, 28(2), 182-188. Acedido em: 18-03-2018. Disponível em: <https://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/6025/4295>

Santos, C. (2005). A influência da comunicação não verbal no cuidado de enfermagem. *Rev. Bras Enferm*, 58(4), 434-437. Acedido em: 24-03-2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672005000400010&script=sci_abstract&tlng=pt

Santos, L. (2017). O Processo de Reabilitação. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coords), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 15-21). Loures: Lusodidacta.

Sekine, K. & Rose, M.L. (2013). The relationship of aphasia type and gesture production in people with aphasia. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 22(4), 662-72. **Doi:** 10.1044/1058-0360(2013/12-0030).

Sequeira, C. (2016). *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda*. Lisboa: Lidel.

Silva, L., Brasil, V., Guimarães, H., Savonitti, B. & Silva, M. (2000). Comunicação não-verbal: Reflexões acerca da linguagem corporal. *Rev.Latino-americana enfermagem*, 8(4), 52-58. Acedido em 24-03-2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n4/12384>

Silva, P. (2016). *Satisfação dos enfermeiros na utilização de sistemas de informação em enfermagem: um estudo nos hospitais do Funchal*. (Dissertação de mestrado). Disponível em: (<http://hdl.handle.net/10400.26/17330>).

Sousa, P. (2005). Afasia – Como intervir? Acedido 05-04-2017. Disponível em: www.researchgate.net/publication/286382017

Souza, D. & Souza, F. (2014). Estratégias de ensino de enfermagem, incentivando os estudantes à questão, argumentação e explicação. *Rev. Esc. Enferm. USP*, 48(2), 162-171. **Doi:** 10.1590/S0080-623420140000800023.

Suhonen, R., Valimaki, M. & Leino-Kilpi, H. (2008). A review of outcomes of individualized nursing interventions on adult patients. *Journal of Clinical Nursing*, 17(7), 843-860. **Doi:** 10.1111/j.1365-2702.2007.01979.x.

Sundin, K. & Jansson, L. (2003). Understanding and being understood as a creative caring phenomenon – in care of patients with stroke and aphasia. *Journal of Clinical Nursing*, 12, 107-116. **Doi:** 10.1046/j.1365-2702.2003.00676.x.

Talarico, T.R., Venegas, M.J. & Ortiz, K.Z. (2010). Perfil populacional de pacientes com distúrbios da comunicação humana decorrentes de lesão cerebral, assistidos em hospital terciário. *Rev. CEFAC*, 13(2), 330-339. **Doi:** 10.1590/S1516-18462010005000097.

Taylor, J. (2008). *O dia em que a minha vida mudou*. Lisboa: Editorial Presença.

Varanda, E., Rodrigues, C. & Costa, A. (2015). *Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Avaliação e Estimulação do Doente com Alterações do Estado de Consciência*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Varanda, E. & Rodrigues, C. (2017a). Avaliação da Pessoa com Alterações da Função Cognitiva: Avaliar para Reeducar e Readaptar. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coords), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp.145-158). Loures: Lusodidacta.

Varanda, E. & Rodrigues, C. (2017b). Reeducação Cognitiva em Enfermagem de Reabilitação: Recuperar o Bailado da Mente. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coords), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 215-224). Loures: Lusodidacta

World Health Organization (2012). *Dementia: a public health priority*. Genebra: World Health Organization.

APÊNDICE I

Projeto de estágio



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

8º Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

Opção II – Projeto de Estágio

**A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Reabilitação na
Comunicação Não-verbal à Pessoa com Lesão Cerebral**

Filipa Cristina Pinto Santos

Lisboa

Julho, 2017



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Opção II – Projeto de Estágio

**A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Reabilitação na
Comunicação Não-verbal à Pessoa com Lesão Cerebral**

Filipa Cristina Pinto Santos (nº212)

Regente: Prof. Miguel Serra

Docente Orientador: Prof.^a Fátima Marques

Lisboa

Julho, 2017

The bottom right corner of the page is decorated with several thick, expressive green brushstrokes of varying lengths and shades of green, creating a modern, artistic feel.

LISTA DE ABREVIATURAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CV - Comunicação Verbal

CNV – Comunicação Não-Verbal

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EE – Enfermeiro Especialista

EEER - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ER – Enfermagem de Reabilitação

LC – Lesão Cerebral

OE – Ordem dos Enfermeiros

PBE – Prática Baseada na Evidência

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

TCE – Traumatismo Crânio-Encefálico

ÍNDICE

Pág.

1. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO	1
1.1. Título	1
1.2. Palavras-chave	1
1.3. Termos indexados	1
1.4. Data de início	1
1.5. Duração	1
2. INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS	1
3. SUMÁRIO	2
4. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	6
4.1. A Pessoa em situação de LC com comprometimento da comunicação.	6
4.1.1. Dados epidemiológicos do AVC e TCE	6
4.1.2. Impacto da problemática para a ER	7
4.2. Linguagem e Comunicação	8
4.2.1. Mecanismos neuronais da comunicação	9
4.2.2. Pensamentos, emoções e sentimentos	10
4.3. A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Reabilitação	11
4.3.1. Impacto da CNV no processo de reabilitação	12
4.3.2. Sistemas de CNV	13
4.3.3. Avaliação da CNV	14
4.3.4. Estratégias de CNV na promoção da eficácia comunicacional	15
4.4. Quadro de Referência Teórico de Enfermagem de Imogene King	16
5. PLANO DE TRABALHO E MÉTODOS	18
5.1. Objetivo geral e Objetivos específicos	18
5.2. Fundamentação da escolha dos locais de Estágio	18
5.3. Descrição das Actividades e Resultados esperados	19
CONSIDERAÇÕES FINAIS	20
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	21

APÊNDICES

Apêndice I - Guiões de entrevista aos serviços de implementação do projeto

Apêndice II – Caracterização dos Locais de Estágio

Apêndice III – Estratégia de Pesquisa

Apêndice IV – Seleção de artigos

Apêndice V – Planeamento de atividades

Apêndice VI - Cronograma de atividades

ANEXOS

Anexo I – Classificação dos Quadros de Afasia

Anexo II - Áreas Funcionais da Superfície do Córtex Cerebral

Anexo III - Rancho Los Amigos Levels of Cognitive Function Scale

Anexo IV - Teoria das Estruturas de Sistemas de Interação e Teoria da Consecução de Objetivos

1. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO

1.1. Título

A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Reabilitação na Comunicação Não-verbal à Pessoa com Lesão Cerebral

1.2. Palavras-chave

Brain injuries, non-verbal language/non-verbal communication, rehabilitation and rehabilitation nursing

1.3. Termos indexados

Central Nervous System Diseases, Nonverbal communication, Rehabilitation, Brain Diseases, Sign Language, Rehabilitation Nursing, Neurological Rehabilitation, Stroke Rehabilitation

1.4. Data de início

25 de Setembro 2017

1.5. Duração

18semanas

2. INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS

O projeto será desenvolvido em dois períodos, de nove semanas cada, em dois campos de estágio diferentes: Neurocirurgia do [REDACTED] e Unidade de Cuidados na Comunidade do [REDACTED]. A caracterização mais detalhada destas unidades encontra-se em apêndice (Apêndice II).

3. SUMÁRIO

No âmbito da Unidade Curricular Opção II, do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, surge a proposta de elaboração de um projeto formativo para o desenvolvimento de competências especializadas em Enfermagem de Reabilitação (ER), a desenvolver no terceiro semestre, em contexto de estágio. Este tem em vista a articulação entre o conhecimento trabalhado ao longo do curso com o que foi aprofundado numa área de intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), do meu interesse pessoal, que é a função cognitiva, mais concretamente a comunicação.

Esta é uma área pela qual sempre nutri interesse uma vez que considero a comunicação um alicerce e um meio essencial à relação entre pessoas e ambiente, imprescindível para a compreensão/conhecimento de cada uma. Contudo, este tema surge também de uma necessidade de desenvolvimento profissional e de uma problemática social, igualmente identificada pela Ordem dos Enfermeiros (OE) (2014) como uma área de investigação prioritária em ER.

A necessidade de desenvolvimento profissional decorre da minha prática clínica enquanto enfermeira numa unidade funcional de medicina interna, onde cada vez mais os seus utilizadores são pessoas com comprometimento da comunicação por lesão cerebral (LC), essencialmente decorrente de acidente vascular cerebral (AVC) ou demência. Talarico, Venegas e Ortiz (2010), afirmam que o AVC e o traumatismo crânio-encefálico (TCE) são as LC que mais frequentemente traduzem alterações da linguagem e, consequentemente da comunicação.

Este comprometimento dificulta, muitas vezes, a minha abordagem e intervenção junto destas pessoas, traduzindo-se numa falta de participação das mesmas na prestação de cuidados. Esta perceção é corroborada por Buhl e Pallesen (2015) que afirmam que quando a capacidade de comunicação está comprometida não existe realmente o mesmo entusiasmo em participar na reabilitação.

Torna-se complexa a estipulação de objetivos comuns e o estabelecimento dos meios para os atingir devido a dificuldades comunicacionais, nomeadamente verbais.

Sequeira (2016) defende que comunicar é um processo responsável pela emissão e receção de mensagens entre pessoas que procuram compreender e serem

compreendidas e que “permite uma adaptação ao ambiente, bem como modificá-lo e transformá-lo, construindo a realidade social” (Sequeira, 2016, p.2).

O comprometimento deste processo acarreta consequências tanto a nível psicológico como social, tais como: dificuldade na integração familiar, profissional e social; pior qualidade de vida (Menoita, Sousa, Alvo & Marques-Vieira, 2012); estados de fúria e depressão pela frustração decorrente das tentativas falhadas de comunicação (Sousa, 2005), bem como sensação de desconexão e de não estar completo, desintegração e alienação pelo obstáculo que a falta de capacidade de comunicação adiciona à gestão da vida diária (Sundin & Jansson, 2003). Perante esta problemática, é fundamental a intervenção do EEER na área da comunicação, sendo preconizado pela OE (2015), no Regulamento dos Padrões de Qualidade Dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação, que esta tenha como objetivo a promoção do máximo potencial de saúde, através da maximização do bem-estar, promoção da inclusão social e da “adaptação eficaz aos problemas de saúde”.

Questionei-me sobre as estratégias que poderiam promover uma comunicação mais eficaz e, conseqüentemente, uma prestação de cuidados mais centrada na pessoa bem como uma maior participação da mesma na prestação de cuidados de enfermagem, especificamente de reabilitação. Porque a comunicação pode estar escrita ou verbalmente comprometida não significa que a pessoa com LC não compreenda e não tenha potencial de comunicação, quer seja ou não possível a recuperação da linguagem escrita ou falada. Nestas situações, a comunicação não-verbal (CNV) assume esse potencial. Helm-Estabrooks e Holland (1998, p.21-22), citados por Sousa (2005) referem inclusivamente que “indivíduos com perturbações cognitivas básicas deveriam ser tratados não-verbalmente de modo a criar alicerces suficientes a um tratamento orientador da linguagem e estratégias comunicacionais”.

A vertente não-verbal da comunicação assume sempre um papel preponderante na sua eficácia, mesmo quando não está comprometida, daí a sua elevada importância neste processo interacional. Esta ideia é corroborada por Ramos e Bortagarai (2012, p.164) ao afirmarem que “a comunicação não-verbal abrange cerca de 93% das possibilidades de expressão, em um contexto de interação social, manifestando-se em 38% das oportunidades por sinais paralinguísticos, tais como a entoação de voz, os grunhidos, os ruídos vocálicos de hesitação, a pronúncia, a tosse e o suspiro

provocados por tensão; e, em 55%, pelos sinais silenciosos do corpo, como os gestos, o olhar, a postura, a expressão facial, assim como as próprias características físicas, que individualizam o indivíduo dentro do seu contexto específico”. Também King (1984) destaca a importância da CNV afirmando que esta é a origem de mais de 90% da informação usada para determinar atitudes ou sentimentos, e apenas cerca de 7% dessa informação provém de indicações verbais. Estes dados são atualmente corroborados por Stuart e Laraia (2005) que afirmam que 7% do significado é transmitido por palavras, 38% por sinais paralinguísticos e 55% por gestos corporais.

Identifiquei a CNV não só como alternativa aos casos onde a comunicação verbal (CV) é inexistente mas fundamentalmente como estratégia a uma comunicação mais eficaz quer esta esteja ou não comprometida. Para isso, foi essencial a realização de uma revisão *scoping* que tinha como objetivo examinar e mapear a literatura existente sobre a CNV na pessoa com LC. Esta pretendia dar resposta às seguintes questões:

- a) Como deve ser realizada a avaliação da CNV na pessoa com LC?
- b) Que tipos de CNV existem e podem estar preservadas na pessoa com LC?
- c) Quais as estratégias de CNV que devem ser implementadas na pessoa com LC?
- d) Qual o impacto da CNV na participação da pessoa com LC no seu processo de reabilitação?

Respeitando a mnemónica do PCC (população, conceitos, contexto), foram considerados todos os estudos cujos participantes fossem pessoas com LC, com idade igual ou superior a 18 anos; cujos conceitos centrais fossem linguagem não-verbal e CNV em contexto de ER.

A pesquisa foi limitada às bases de dados *CINAHL Plus®* e *MEDLINE*, incluindo a *CINAHL Headings* e *MEDLINE – MeSH 2016*, aferindo-se, numa primeira etapa, as palavras-chave e os termos indexados finais a utilizar nas fases seguintes da revisão, cruzando os mesmos através do recurso aos operadores booleanos *and* e *or*. A indexação das palavras-chave foi realizada no dia 05/04/2017. A estratégia de pesquisa está evidenciada no Apêndice III.

A revisão *scoping* foi um forte contributo à concretização do restante trabalho necessário à conceção deste projeto formativo, à qual se seguiu o enquadramento teórico do mesmo, procurando clarificar conceitos e aprofundar conhecimentos.

Este projeto pretende dar resposta aos seguintes objetivos:

- a) Aprofundar conhecimentos sobre a CNV, sua avaliação e respetivas estratégias de comunicação;
- b) Desenvolver competências comuns do enfermeiro especialista;
- c) Desenvolver competências específicas do EEER, comunicando eficazmente durante o processo de reabilitação e promovendo a participação de cada pessoa com LC;
- d) Desenvolver competências do domínio comunicacional e interacional.

Será implementado no terceiro semestre através de um estágio dividido em dois contextos diferentes (hospitalar e comunitário), onde se espera desenvolver uma prática baseada na evidência com fundamento no trabalho já efectuado e no que se proporcionará futuramente, culminando com a realização de um relatório de estágio.

O projeto está estruturado com uma fundamentação da pertinência da temática abordada através de um enquadramento teórico-conceptual. Neste serão clarificados conceitos e aprofundados conhecimentos sobre a problemática geral da pessoa em situação de LC com comprometimento da comunicação. Mais especificamente serão explanadas as seguintes questões parcelares: linguagem e comunicação; mecanismos neuronais e processos subjacentes (funções cerebrais; pensamento; emoções e sentimentos) e a intervenção do EEER. Para suportar este trabalho será ainda explanado o quadro de referência teórico de enfermagem de Imogene King. Numa perspectiva mais operacional, descrever-se-à o plano de trabalho e métodos, onde se inclui a fundamentação da escolha dos locais de estágio bem como os objetivos do projeto, respetivas atividades e resultados esperados.

4. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

4.1. A Pessoa em situação de LC com comprometimento da comunicação

A pessoa com LC apresenta com frequência distúrbios da linguagem e, consequentemente, da comunicação. Talarico et al.; 2010 dizem que o AVC e o TCE são as que dão maior contributo para a ocorrência destes distúrbios, sendo, simultaneamente, uma das suas características mais evidentes. Já Caldas (2017) refere que a grande maioria dos distúrbios comunicacionais advêm de lesões vasculares, mas também por TCE, tumores ou síndromes demenciais. Ou seja, a comunicação pode estar comprometida quer por lesão estrutural ou funcional. Sendo o meu foco de estudo a comunicação, decidi não restringir o meu projeto a nenhuma patologia procurando garantir o maior número possível de experiências em estágio.

A DGS (2010) refere a intenção de comunicar presente na pessoa com AVC apesar da sua frustração pela incapacidade em produzir ou compreender discurso corretamente, podendo levar ao mutismo. Já Rousseaux, Vérigneaux e Kozlowski (2010b) evidenciam uma redução na participação e interação resultante das dificuldades comunicacionais decorrentes do TCE. Além das alterações de funções executivas e desinibição características do TCE, é evidente nos estudos a existência de uma divergência na CNV em situações inter-individuais e de grupo, bem como a falta de iniciativa e de espontaneidade comunicacional (Aubert, Barat, Campan, Dehait, Joseph & Mazaux, 2004) e a dificuldade em planificar e ajustar comportamentos não-verbais à comunicação (Sainson, 2007).

Uma vez que o AVC e TCE são fonte de grande parte dos casos de comprometimento da comunicação por LC e duas das patologias mais frequentes nos locais de estágio por mim selecionados, cingir-me-ei a estas no enquadramento epidemiológico mundial e nacional, apesar de não restringir o meu projeto às mesmas.

4.1.1. Dados epidemiológicos do AVC e TCE

No que concerne ao AVC este é responsável por 6,2 milhões de mortes no mundo, sendo que 25% das situações de sobrevivência apresenta sequelas mínimas, 40% uma deficiência moderada-grave e 10% necessitam de cuidados a longo prazo (Coelho, 2011). Apenas 10% dos casos recuperam na totalidade. Em Portugal, a DGS

(2015) divulga a existência de 20 mil casos de AVC isquémico e 250 mil dias de internamento. Estes dados não retratam com fidelidade a nossa realidade uma vez que não são aqui contabilizados dados sobre a ocorrência de AVC hemorrágico.

Já o TCE é responsável por 50 mil mortes, 280 mil hospitalizações e 2,2 milhões de idas aos serviços de urgência nos Estados Unidos da América (National Institute of Neurological Disorders and Stroke, 2015). Ainda neste país, 103 em cada 100 mil habitantes sofre TCE (Oliveira, Lavrador, Santos & Lobo Antunes, 2012), sendo que 5,3 milhões das pessoas que sofre este traumatismo vive com incapacidades (National Institute of Neurological Disorders and Stroke, 2015). Na União Europeia esta realidade quase que duplica, sendo que 235 em cada 100 mil habitantes sofre um TCE (Oliveira et al., 2012). Em Portugal 200 mil são as pessoas que vivem com sequelas decorrentes de TCE, existindo 20 mil casos novos por ano, 6 mil considerados graves (Fernandes, 2011). As despesas com esta patologia são de 56 milhões de euros, podendo estes dados não traduzir a realidade portuguesa uma vez que muitos TCE ligeiros não chegam a ser reportados (Costa, 2013).

4.1.2. Impacto da problemática para a ER

Um elevado número de pessoas com AVC e TCE necessitará de reabilitação, onde a comunicação (que pode estar comprometida) será essencial para promover a participação das pessoas na mesma, contribuindo para o seu sucesso. Esta é uma problemática com elevado impacto na pessoa tanto a nível físico como psicológico pelas incapacidades e dependências provocadas das quais a comunicação não é exceção. Este problema de saúde pode induzir a outros quando se torna uma barreira no entendimento e conhecimento da pessoa e das suas respetivas necessidades, prioridades, capacidades, potencialidades e, conseqüentemente no estabelecimento de metas comuns entre enfermeiro-pessoa. Tem ainda um elevado impacto na sociedade, nomeadamente com custos económicos; e familiar pela dificuldade em interagir com a pessoa com LC aliada às elevadas e repentinas necessidades de cuidado que pode ser facilitada se a reabilitação for adequada e eficaz.

Deve ser da competência do EEER realizar o “diagnóstico das respostas humanas desadequadas a nível (...) cognitivo ” e identificar “as necessidades de intervenção para otimizar e/ou reeducar a função a nível motor, sensorial, cognitivo, cardio-

respiratório, da alimentação, da eliminação, da sexualidade e da realização das AVD's" (OE, 2010b, p.3) com vista à conceção de "planos para otimizar e/ou reeducar a função e (...) programas de reeducação funcional: motora; sensorial; cognitiva; cardio-respiratório; da alimentação; da eliminação (vesical e intestinal) e da sexualidade" (OE, 2010b, p.3).

4.2. Linguagem e Comunicação

Facilmente se confundem os conceitos de comunicação e linguagem. Apesar de terem significados diferentes estão claramente relacionados, sendo impossível a sua dissociação. É fundamental compreendê-los e distingui-los, bem como os mecanismos que lhes estão subjacentes, para que se possa intervir eficazmente.

Enquanto que "linguagem é o sistema de sinais simbólicos utilizado por uma pessoa para comunicar com outras e é composto por discurso expressivo (produção) e receptivo (compreensão)" (Boss e Wilkerson, 2011, p.525), comunicação significa "«pôr em comum», «entrar em relação com», «partilhar (ideias, emoções, cultura, etc)»" (Sequeira, 2016, p.2). Ambos compreendem dimensões verbal e não-verbal.

Quanto à linguagem, há vários processos inerentes à sua eficácia: "o desenvolvimento de pensamentos a serem comunicados; a selecção, formulação e ordenação de palavras; a aplicação de regras gramaticais; e a iniciação de movimentos musculares para produzir a fala ou a escrita" (Boss e Wilkerson, 2011, p.525). É possível que uma pessoa com alterações da linguagem possa ter um destes processos ou ambos comprometidos, surgindo o conceito de afasia definido como a "perda total ou parcial das capacidades de linguagem (expressão, compreensão, leitura e escrita)" (DGS, 2010, p.115) "independentemente do tipo e severidade" (Menoita et al., 2012, p.145).

Já a comunicação comporta, segundo Sequeira (2016), três dimensões:

- Sintaxe – transmissão da informação;
- Semântica – significado da informação;
- Pragmática – efeitos comportamentais da comunicação, englobando, além da linguagem verbal, "postura, gestos, expressão facial, inflexão de voz, sequência, ritmo e cadência das próprias palavras" (Sequeira, 2016, p.11).

A pragmática pode ser associada ao sistema cinestésico de CNV apresentado por Sequeira (2016) que se relaciona com o movimento (subsistema gestual e postural, subsistema ocular e subsistema de contacto), incluindo a linguagem cinésica e a linguagem tacésica. Tal é corroborado por King (1984) que diz que a CNV é dinâmica, está em constante mudança e é irreversível, não se podendo anular um sinal emitido. A comunicação pode ser verbal e não-verbal e tem na sua génese mecanismos neuronais e processos subjacentes à sua eficácia. A CV é vista como “aquela que é transmitida através da linguagem escrita ou falada, por meio dos sons e palavras” (Santos, 2005, p.434). Já a CNV “compreende as expressões emitidas pelas atitudes corporais (...) em maior parte das vezes, emitida pelo corpo sem que estejamos conscientes do que estamos emitindo” (Santos, 2005, p.434) e pode “confirmar ou negar a mensagem transmitida através da expressão verbal” (Santos, 2005, p.434).

4.2.1. Mecanismos neuronais da comunicação

Segundo Caldas (2016) e Menoita et al. (2012) os mecanismos neuronais da linguagem verbal estão maioritariamente localizados nas regiões peri-sylvicas do hemisfério esquerdo, existindo três áreas que merecem especial atenção:

- Broca (lobo frontal inferior) – expressão da linguagem;
- Wernicke (junção do lobo parieto-temporal) – compreensão da linguagem falada;
- Giro angular (entre a área de Wernicke e o córtex visual) – importante na leitura e funções não-verbais da linguagem.

Pode-se considerar como principal fonte de afasia uma lesão a nível da artéria cerebral anterior e média (Ferro & Pimentel, 2006), apesar da existência de diferentes tipos de afasia (Anexo I), com diferentes características no que diz respeito à fluência, compreensão, nomeação e repetição, consoante a área cerebral lesada. Quer se trate de uma LC do hemisfério esquerdo ou direito, assim varia a afeção da CV e/ou CNV, estando, por norma, a primeira mais afetada na presença de uma lesão do hemisfério esquerdo e a segunda mais evidente numa lesão do hemisfério direito (Rousseaux et al., 2010b). Esta realidade prende-se com o facto do hemisfério esquerdo ser

responsável pelas capacidades verbais e por aquelas que requerem uma análise detalhada e fina dos estímulos (linguagem oral, leitura, escrita, cálculo, memória

verbal), enquanto que o hemisfério direito é responsável pelas não verbais e pelas que requerem um processamento mais global dos estímulos (referências espaciais, memória de faces e visuo-espacial, capacidades musicais). (...) a capacidade de linguagem está lateralizada no hemisfério cerebral esquerdo em 96% dos dextros e na maioria (76%) dos canhotos (Ferro & Pimentel, 2006, p.1-3).

Já a atividade nas áreas contralaterais correspondentes às áreas de Wernicke e de Broca está associada com a comunicação não-verbal:

a área correspondente à de Wernicke é vital para a interpretação de sinais não-verbais de outras pessoas. A área correspondente à de Broca (...) fornece instruções para a produção de comunicação não-verbal, incluindo os gestos emocionais e a entoação da fala (Lundy-Ekman, 2004, p.370).

De um modo mais prático, numa lesão do hemisfério esquerdo a nível sub-cortical, identifica-se uma maior dificuldade em perceber os gestos mas uma elevada produção dos mesmos (Rousseaux, et al., 2010b).

É consensual a importância de identificar qual a área/processo da linguagem e, consequentemente, da comunicação que está comprometida, o que implica conhecer os mecanismos neuronais e os processos envolvidos na mesma.

4.2.2. Pensamentos, emoções e sentimentos

O pensamento é um processo inerente à eficácia da linguagem e é constituído por imagens, palavras e símbolos abstratos imagéticos (Damásio, 2011). Essas imagens, mentalmente visualizadas antes de se comunicar, são o principal conteúdo do pensamento, independentemente do modo sensorial com que é gerado.

As emoções estão relacionadas com a dimensão pragmática da comunicação, ao desempenharem “uma função na comunicação de significados a terceiros e podem ter também o papel de orientação cognitiva” (Damásio, 2011, p.179). Podem ser:

- Primárias - processadas através do sistema límbico, nomeadamente amígdala, que se traduzem numa resposta programada a determinadas características dos estímulos recebidos, ou seja, a representações de disposições inatas.
- Secundárias - processadas em articulação entre sistema límbico e córtices pré-frontal e somatossensorial, que se traduzem numa resposta a representações de disposições adquiridas (sob influência das inatas).

Sejam primárias ou secundárias, as emoções originam-se em sentimentos. Contudo, “nem todos os sentimentos provêm de emoções” (Damásio, 2011, p.194). Nos que se baseiam em emoções encontram-se a felicidade, a tristeza, a cólera, o medo e o nojo e correspondem a respostas do corpo pré-organizadas. Há sentimentos que se baseiam em variantes das emoções anteriormente mencionadas – euforia e êxtase (felicidade), melancolia e ansiedade (tristeza), pânico e timidez (medo). Estas decorrem da experiência quando “gradações mais subtis do estado cognitivo são conetadas com variações mais subtis de um estado emocional do corpo” (Damásio, 2011, p.202), que podem ser desencadeadas por estímulos visuais que induzem a uma reação automática. Esta reação é resultado da ativação de áreas cerebrais específicas, tais como, a amígdala ou lobo frontal e ainda pela segregação de moléculas químicas, por via endócrina e subcortical (Damásio, 2010).

Tanto as emoções como os sentimentos atuam da mente/cérebro para o corpo e de volta à mente/cérebro. Há mecanismos neuronais que permitem sentir um estado emocional sem o vivenciar. Estes são induzidos por vias neuronais e químicas justificando cada representação no corpo construída de forma única. Caso contrário o homem estaria limitado a um conjunto de padrões de emoção/sentimento impossíveis de modular consoante as condições de tempo e vida real, num tempo específico.

Segundo Damásio (2011) as emoções são essencialmente processadas no hemisfério direito, sendo este o grande responsável pela CNV. Já no hemisfério esquerdo encontram-se maioritariamente os mecanismos inerentes à linguagem. O autor defende que apesar da existência de uma paralisia facial direita, decorrente de uma lesão no córtex motor no hemisfério esquerdo, a pessoa é capaz de apresentar uma expressão simétrica por resposta emotiva a uma determinada situação uma vez que o controlo motor relacionados com a emoção não se encontra no mesmo sítio que o controlo de um ato voluntário. Há portanto uma significativa diferença entre as expressões faciais das emoções autênticas e das emoções simuladas.

4.3. A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Reabilitação

Andrade et al. (2010), citado por Santos (2017, p.15) define Reabilitação como um processo que “permite o desenvolvimento de capacidades perdidas, para possibilitar uma restituição nas dimensões psicológicas, físicas ou sociais, relacionados com os

potenciais anteriores”. Com vista ao seu sucesso é necessário estabelecer uma comunicação eficaz através do recurso a uma linguagem adequada. Na pessoa com LC significa, muitas vezes, adotar métodos alternativos de comunicação, nomeadamente através da avaliação e implementação de estratégias não-verbais.

Segundo Ramos e Bortagarai (2012) 65% da comunicação estabelecida é de carácter não-verbal, apesar da CV ser a mais valorizada, provavelmente pelo facto da CNV ser mais demorada e exigir dos interlocutores uma atenção acrescida.

Como futura EEER é para mim uma preocupação a apreciação da comunicação, fundamentalmente não-verbal, e a implementação de respetivas estratégias facilitadoras da participação da pessoa com LC no processo de reabilitação.

Merleau-Ponty, citada por Buhl e Pallesen (2015) evidencia o corpo como o centro da comunicação com o mundo, baseando-se na linguagem corporal como possibilidade sempre presente de interação através da mediação de perceções anteriores e atuais num ato futuro. O autor faz ainda referência à Teoria do Corpo, definida como a compreensão da linguagem corporal e comunicação pelos especialistas em interação com as pessoas. Assim, a comunicação é fundamental na enfermagem, uma vez que exige uma “interação constante com utentes e suas famílias” (Sequeira, 2016, p.3).

O recurso a estas teorias, e outras semelhantes, tem promovido a compreensão da pessoa na relação com o mundo, nomeadamente na facilitação da atividade, da comunicação, do significado e da aprendizagem em reabilitação.

A revisão *scoping* que fundamenta a estruturação deste projeto procurou encontrar sentido neste tipo de teorias, começando pela compreensão do impacto e viabilidade que as mesmas têm na participação da pessoa com LC no processo de reabilitação.

4.3.1. Impacto da CNV no processo de reabilitação

Segundo Gaiarsa (1995), citado por Silva, Brasil, Guimarães, Savonitti e Silva (2000), defende que a CNV tem efeitos notáveis para os cuidados de enfermagem, onde através da habilidade e aprimoramento profissional se verifica uma aproximação enfermeiro-pessoa. Este contributo é igualmente importante para o EERR onde se espera que o mesmo seja um observador atento que consegue identificar na pessoa aquilo que a mesma esconde, seja de forma consciente ou não. Por outras palavras,

“tudo aquilo que não é dito pela palavra pode ser encontrado no tom de voz, na expressão do rosto, na forma do gesto ou na atitude do indivíduo” (Gaiarsa, 1995, p.53, citado por Silva et al. 2000) e que o EEER deve ser capaz de traduzir.

É fundamental recordar que uma LC pode comprometer a CNV além da CV. Em ambas as situações, o impacto do seu comprometimento é mais severo na fase de reabilitação do que na fase crónica (Rousseaux, et al., 2010b). Esta problemática assume uma maior importância para o EEER que se não for capaz de comunicar eficazmente pode comprometer o processo de reabilitação, nomeadamente através da falta de participação e de clareza em interagir (Rousseaux, et al., 2010b).

Uma vez que a CNV é a forma mais presente, espontânea e verdadeira de comunicação e, portanto, mais difícil de deturpar por parte do seu emissor, a compreensão do impacto de uma lesão cerebral na mesma é imprescindível. Segundo Pritchard, Dipper, Morgan e Cocks (2015) a produção de gestos das pessoas com afasia são mais precisos apesar da linguagem verbal pobre. Ao contrário da CV, a CNV é mais raramente abolida por uma LC, sendo, no entanto, muitas vezes afetada, especialmente numa fase de reabilitação, em que o entendimento de gestos é globalmente perturbado ao contrário da sua produção (Rousseaux, et al., 2010b).

Torna-se imprescindível efetuar uma abordagem uniforme que garanta a coerência no decurso da reabilitação, baseada nos sistemas de CNV e a sua respetiva avaliação.

4.3.2. Sistemas de CNV

No que diz respeito aos sistemas de CNV, vários autores utilizam denominações diferentes para caracterizações idênticas. Contudo, as que reúnem maior consenso na literatura correspondem à classificação de Knapp (1980) que define paralinguagem, a proxémica, a táctica, fatores do meio ambiente, a cinésia e as características físicas; havendo menor referência por parte dos autores à entoação afectiva e ao silêncio/contacto visual (Silva, et al., 2000; Santos, 2005; Ramos & Bortagarai, 2012). Destes destaco a proxémica, a táctica, os fatores do meio ambiente e a cinésia para aprofundamento ao longo do meu projeto formativo, por considerá-los os que mais interessam compreender à ER, e à enfermagem em geral. De forma quase paradoxal, estas questões em particular e a comunicação em geral

são ainda pouco estudadas pela enfermagem e mais especificamente pela ER, o que aumenta, do meu ponto de vista, o seu interesse para estudo e aplicação prática.

De forma sintética, a proxémica relaciona-se com o uso do espaço pelo homem, onde a distância entre este e outro revelam o grau de intimidade/proximidade entre ambos. Já a tacésica é comumente designada pela linguagem do toque (instrumento básico em enfermagem), onde se inclui a velocidade de aproximação, bem como a duração, a intensidade e frequência do toque e ainda a sensação provocada (Sequeira, 2016). Os fatores do meio ambiente dizem respeito à disposição dos objetos no espaço que podem revelar de forma inconsciente (ou não) mensagens implícitas. Por último a cinésia corresponde à linguagem/movimento do corpo, na qual se incluem gestos, movimentos de membros e da cabeça, expressões faciais e postura do corpo.

4.3.3. Avaliação da CNV

A avaliação da CNV não reúne consenso, existindo diferentes metodologias que variam entre os autores, de diferentes nacionalidades. Quanto a instrumentos de avaliação da comunicação, a única referência exclusiva a este fim corresponde ao Lille Communication Test, de origem francesa, e não validado para a população portuguesa. O outro instrumento referido na literatura é a Escala Rancho Los Amigos (Anexo III), que não sendo exclusiva para a comunicação, aborda a temática, havendo evidência científica que revela que pessoas incapazes de comunicar verbalmente e que conseguiam fazê-lo através do contacto não-verbal eram as que apresentavam pontuação mais elevada nesta escala (Buhl & Pallesen; 2015). Esta escala será tida em conta ao longo do meu projeto uma vez que além de estar validada para a nossa população é também o instrumento disponível mais próximo de uma avaliação comunicacional e aquele que é utilizado num dos campos de estágio.

Existe ainda recurso a algumas teorias, que não sendo tão objetivas dão orientação para uma avaliação mais subjetiva da comunicação, nomeadamente não-verbal. Na literatura destacam-se o Sketch Model (Sekine & Rose, 2013; Pritchard et al., 2015), que defende que os gestos provêm de uma concepção imagética trabalhada na memória, e a Teoria do Corpo (Buhl & Pallesen, 2015) já anteriormente explanada.

4.3.4. Estratégias de CNV na promoção da eficácia comunicacional

Importa identificar as estratégias de CNV que fomentem a sua eficácia, espelhada na participação da pessoa no processo de reabilitação. As que reúnem maior consenso na literatura dizem respeito a:

- Abordagem atraente com entusiasmo e senso de humor, traduzindo-se na capacidade de ganhar contacto com a pessoa (Buhl & Pallesen, 2015);
- Modelo GRIP que se divide em quatro etapas (Buhl & Pallesen, 2015):
 - i. Estabelecer contacto – garantir contacto com a pessoa.
 - ii. Registo das respostas – registar reações das pessoas para que se possa adequar as intervenções planeadas, através da identificação de medidas que influenciam e captam a atenção das mesmas, promovendo a sua participação.
 - iii. Interação intencional – contacto terapêutico intenso e intencional, baseado no toque, expressividade e paciência pela reação da pessoa.
 - iv. Participação parcial – promovendo a participação da pessoa após o estabelecimento de uma comunicação eficaz.
- Observação atenta sobre aquilo que não é dito pela palavra permite decodificar mensagens que o outro pretendia ocultar (Silva et al., 2000);
- Atmosfera relaxada e suportada – implica que o cuidador, neste caso o EEER, promova um ambiente acolhedor, dê à pessoa o tempo que a mesma necessita para comunicar, esperando que o tente fazer sem repreensão/reforço negativo. Quando a pessoa tem a iniciativa de comunicar devem promover-se momentos de silêncio, dando-lhe tempo para que se concentre sem interrupções, aumentando ainda a escuta ativa e a compreensão (Sundin & Jansson, 2003);
- Diálogo silencioso – enquanto se comunica, o segurar nas mãos facilita a comunicação, uma vez que induz ao relaxamento, através da geração de sentimentos de conforto, calma e segurança. Este toque nem sempre é considerado físico, podendo ocorrer através do contacto ocular, aumentando a possibilidade de compreensão entre ambos (Sundin & Jansson, 2003);

- Compreensão e mediação através de ações corporais, da observação e interpretação da linguagem corporal associada à compreensão/entendimento da situação em que a pessoa se encontra. Perante esta análise, o EEER deve ajustar as suas ações às da pessoa (Sundin & Jansson, 2003);
- Cooperação forçada, ou por outras palavras, estimular a comunicação tantas vezes quantas necessárias, reconhecendo a experiência da pessoa e interpretando a respetiva situação (Sundin & Jansson, 2003).

4.4. Quadro de Referência Teórico de Enfermagem de Imogene King

Quando se fala em CNV é importante considerar não só os sinais não-verbais como também o contexto/ambiente em que se inserem “permitindo que um mesmo gesto tenha diferentes significados nas diversas sociedades” (Silva et al., 2000, p.53). Do ponto de vista conceptual, esta ideia vai ao encontro da teoria das Estruturas de Sistemas de Interação e Teoria da Consecução de Objetivos de Imogene King como suporte à relevância desta temática (Anexo IV).

Segundo King (1984), enfermeiro e pessoa estão em constante interação entre si e com o ambiente, através da qual comunicam e desenvolvem perceções. Neste processo estabelecem objetivos/metapas comuns, definindo e explorando os meios para os atingir. Quando esses objetivos são alcançados diz-se que ocorreu uma transação.

Este processo dinâmico e complexo implica, do ponto de vista da autora, a existência de sistemas pessoais (indivíduos), interpessoais (grupos) e sociais (sociedade) que interagem entre si. Em todos eles a pessoa é definida como o elemento básico, considerando-se também o comportamento humano em diversos ambientes sociais. Esta teoria baseia-se na definição de alguns conceitos chave para cada um dos sistemas, destacando-se os que são os pilares da teoria:

Perceção - representação da realidade por parte de cada um, como resultado das suas experiências subjetivas, do conceito de auto, dos grupos socioeconómicos, herança biológica e da educação. Implica ter consciência e pressupõe os seguintes elementos: obtenção de energia do meio ambiente, organização da informação; transformação da energia; processamento da informação; armazenamento da informação; efeito da informação na forma de condutas manifestas.

Comunicação – processo através do qual a informação é transmitida entre as pessoas, nomeadamente para identificar interesses ou problemas ou para partilhar informação que ajude as pessoas a tomar decisões encaminhadas ao alcance dos seus objetivos no meio ambiente. É o componente de informação das interações, estabelecendo uma relação recíproca entre os que cuidam e os que são cuidados. É a conduta humana que relaciona uma pessoa com outra e com o meio ambiente. Este meio é usado para partilhar informação e ideias que são sinais e símbolos verbais e não-verbais mediante os quais os indivíduos expressam também as suas metas.

Interação - processo de percepção e comunicação entre pessoa-meio ambiente e pessoa-pessoa, manifestado por condutas verbais e não-verbais para alcançar os objetivos. Na interação pessoa-pessoa, cada uma tem diferentes conhecimentos, necessidades, objetivos, experiências e percepções, que influenciam a interação. Esta é uma conduta diretamente observável: um observador pode registar as condutas verbais e não-verbais do cuidador e da pessoa enquanto interagem. Os dados básicos obtidos das interações podem analisar-se para identificar as transações ocorridas.

Transação - é a conduta observável valorizada nas interações humanas com o seu meio ambiente, onde expectativas e desempenho dos intervenientes a influenciam. Para que uma transação ocorra é necessário que enfermeiros e pessoas comuniquem para definirem metas comuns através da partilha de pontos de vista relativos à situação, de marcos de referência acerca dos eventos atuais e de denominadores comuns. Quando isto é coordenado, as metas são alcançadas.

Ambiente - a comunicação deve-se realizar num meio de respeito mútuo e de compreensão. Serve como intercâmbio de informação entre pessoa e ambiente, influenciando as interações dos objetivos pessoais, necessidades e expectativas.

5. PLANO DE TRABALHO E MÉTODOS

5.1. Objetivo geral e Objetivos específicos

Este projeto tem como objetivos gerais:

- Desenvolver competências comuns do EE;
- Desenvolver competências específicas do EEER;
- Desenvolver competências do domínio comunicacional e interacional.

Já os objetivos específicos estão devidamente apresentados no Apêndice V, associados às atividades previstas para o seu alcance.

5.2. Fundamentação da escolha dos locais de Estágio

Partindo da necessidade de estabelecer uma continuidade nos planos e programas de intervenção em reabilitação e do conhecimento fidedigno da realidade domiciliária da pessoa com necessidades de cuidados especializados em ER, torna-se evidente a mais-valia de realizar estágio em contexto hospitalar e comunitário.

Pareceu-me pertinente que ambos os contextos reunissem duas condições básicas: ter EEER, que exerça como tal, e que os contextos tivessem uma relação próxima entre si. Por último, e tendo em conta a objetividade deste projeto considereei primordial apostar num contexto hospitalar mais específico que tivesse uma elevada incidência de lesões cerebrais, nomeadamente por AVC e TCE. Surge assim a oportunidade de estagiar na Neurocirurgia do Hospital [REDACTED]. Esta apresenta elevados casos de AVC e TCE e tem um programa de estimulação mutissensorial (PEM), realizado por EEER, que na maioria das situações repercute uma reação à mesma que pode ser entendida como CNV, apesar da inexistência de um registo rigoroso/sistematizado da mesma.

No que concerne ao contexto comunitário, surgiu a possibilidade de estagiar na Unidade de Cuidados na Comunidade do [REDACTED], que recebe diversas situações oriundas do [REDACTED], nomeadamente da neurocirurgia. No meu entender, esta proximidade torna-se uma mais valia para o meu percurso formativo permitindo uma visão mais completa, sequenciada, e continuada da intervenção do EEER.

Para melhor delinear o meu projeto houve necessidade de conhecer os serviços onde o mesmo será implementado, encontrando-se no Apêndice I os guiões de entrevista aos respetivos locais e no Apêndice II a respetiva informação colhida.

5.3. Descrição das Atividades e Resultados esperados

O planeamento das atividades teve por base o desenvolvimento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2010a) e das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (OE, 2010b), bem como os objetivos definidos para este projeto (Apêndice V). A delimitação temporal das atividades está clarificada no cronograma de atividades (Apêndice VI).

No plano e implementação destas atividades foi e será contemplado o desenvolvimento de uma prática profissional fundamentada no respeito pelos princípios éticos bem como pelas preferências da pessoa/família/cuidadores, tal como preconizado pelo Código Deontológico, sendo transversal a todas elas o desenvolvimento da competência comum do Enfermeiro Especialista (EE) no domínio:
A – Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É imprescindível que os EEER, desenvolvam e dominem competências na área da comunicação verbal ou não-verbal. Estas são um forte contributo para melhorar a qualidade dos cuidados e as relações estabelecidas (Sequeira, 2016). Esta melhoria é traduzida em ganhos significativos para as pessoas, das quais destaco a gestão de emoções, estabelecimento de uma relação de ajuda, recolha de informação, melhor construção e transmissão de mensagens, culminando na capacitação das pessoas.

Contudo, a comunicação é uma área ainda pouco valorizada pelos profissionais de saúde existindo pouca investigação sobre a mesma, nomeadamente na disciplina de enfermagem, e mais especificamente em enfermagem de reabilitação. Quando se fala em CNV a evidência é ainda mais escassa apesar desta ser facilitadora no estabelecimento de “plano de cuidados adequados às necessidades singulares do paciente” (Ramos & Bortagarai, 2012, p.3). Apesar disto constituir uma dificuldade na justificação do projeto parece-me não ser razão para não ser realizado nesta temática. Pelo contrário, por considerar justamente ser uma área prioritária de investigação e que necessita de maior investimento por parte da sociedade em geral e dos enfermeiros, nomeadamente de reabilitação, em particular, me propus ao seu estudo.

Apesar da escassa literatura na área e desta nem sempre ser consonante e sistematiza/objetiva, permitiu-me delinear linhas orientadoras sobre os sistemas/tipos de CNV, sua avaliação e estratégias a adotar, especialmente na pessoa com LC e cuja comunicação esteja comprometida. Para isso foi essencial enquadrar a LC e compreender como a mesma pode afetar a comunicação, quais os processos que estão por trás da mesma e quais os mecanismos neuronais que lhe são inerentes.

Concluindo, mais do que compreender como reabilitar exclusivamente a função cognitiva, nomeadamente na vertente comunicacional, este trabalho revelou-se um forte contributo para que a CNV se venha a tornar um meio facilitador da participação da pessoa na sua capacitação bem como de uma prestação de cuidados centrados na pessoa quando esta tem a capacidade de se expressar verbalmente comprometida, uma vez que o cuidado centrado na pessoa se baseia no diálogo entre enfermeiro e pessoa (Brink & Skott, 2013) que permita a identificação e, consequentemente, o respeito pelas suas crenças, valores, desejos, necessidades (McCormack & McCance, 2006).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aubert, S., Barat, M., Campan, M., Dehait, P., Joseph, P. & Mazaux, J. (2004). Competências de communication non verbale des traumatisés crâniens graves. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*, 47, 135-141. **Doi:** 10.1010/j.annrmp.2004.02.001.
- Boss, B. & Wilkerson, R. (2011). Comunicação: Linguagem e Pragmática. In S. Hoeman (Coord), *Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados* (pp. 525-550). Loures: Lusodidacta.
- Brink, E. & Skott, C. (2013). Caring about symptoms in person-centred care. *Open Journal of Nursing*, 3(8), 563-567. **Doi:** 10.4236/ojn.2013.38077.
- Buhl, I. & Pallesen, H. (2015). Early rehabilitation of patients with severe acquired brain injury: strategies to promote participation. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 22, 181-195. **Doi:** 10.3109/11038128.2015.1008567.
- Caldas, A. (2000). *A herança de Franz Joseph Gall: O cérebro ao serviço do comportamento humano*. Amadora: McGraw-Hill.
- Caldas, A. (2017). Funções Cognitivas. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coords), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 139-143). Loures: Lusodidacta.
- Coelho, R.M.A. (2011). *Determinantes da Capacidade Funcional do Doente após Acidente Vascular Cerebral*. (Dissertação de mestrado). Disponível em: (<http://hdl.handle.net/10400.19/1669>).
- Coelho, M.T.V. (2015). *Comunicação Terapêutica em Enfermagem: Utilização pelos Enfermeiros*. (Tese de doutoramento). Disponível em: (<https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/82004>).
- Costa, J.T.S. (2013). *A Variabilidade no Consumo de Recursos nos Traumatismos Crânio-Encefálicos*. (Tese de mestrado). Disponível: (<http://hdl.handle.net/10362/11520>).

Damásio, A. (2010). *O Livro da Consciência: a construção de cérebro consciente*. Maia: Temas e Debates.

Damásio, A. (2011). *O Erro de Descartes. Emoção, Razão e Cérebro Humano*. Lisboa: Círculo de Leitores.

Direção Geral da Saúde (2010). *Acidente Vascular Cerebral. Itierários clínicos*. Lisboa: Lidel.

Direção Geral da Saúde (2015). *Portugal Doenças cerebro-vasculares em números – 2015*. Lisboa: DGS.

Ekman, P. (2003). *Emotions Revealed, Second Edition: Recognizing Faces and Feelings to Improve Communication and Emotional Life*. New York: Academy of Sciences.

Fernandes, G.M.S. (2012). *Traumatismos Crânio-Encefálicos e Compreensão Auditiva de Nomes Comuns: Estudo do Papel Mediador da Idade no Momento da Lesão e de Processos Cognitivos Não Linguísticos*. (Dissertação de mestrado). Disponível em: (<http://hdl.handle.net/10316/22500>).

Ferro, J. & Pimentel, J. (2006). *Neurologia: Princípios, Diagnóstico e Tratamento*. Lousã: Lidel.

Johnson, S., Cocks, N. & Dipper, L. (2013). Use of spatial communication in aphasia. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 48(4), 469-76. **Doi:** 10.1111/1460-6984.12002.

King, I. (1984). *Enfermería como profesión: Filosofía, principios y objetivos*. México: Editorial Limusa.

Knapp, M. L. (1980). *La comunicación no verbal: el cuerpo y el entorno*. Barcelona: Paidós.

Lundy-Ekman, L. (2004). *Neurociência: Fundamentos para a Reabilitação*. (2ª ed.). Rio de Janeiro: Elsevier.

McCormack, B. & McCance, T. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal os Advanced Nursing*, 56 (5), 472-479. **Doi:** 10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x.

Menoita, E., Sousa, L., Alvo, I. & Marques-Vieira, C. (2012). *Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência.

National Institute of Neurological Disorders and Stroke (2015). *Traumatic brain injury – hope through research*. Maryland: NIH Publication.

Oliveira, E., Lavrador, J., Santos, M. & Lobo Antunes, J. (2012). Traumatismo cranio-encefálico: abordagem integrada. *Acta Médica Portuguesa*, 25(3), 179-192. Acedido em: 28-06-2017. Disponível em: <http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/download/43/45>

Ordem dos Enfermeiros (2010a). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2010b). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2014a). *Áreas Investigação Prioritárias para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2014b). *Core de indicadores por categoria de enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação (PQCER)*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2014c). *Percurso e Programa Formativo para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2015). *Regulamento dos Padrões de Qualidade Dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Pritchard, M., Dipper, L., Morgan, G. & Cocks, N. (2015). Language and iconic gesture use in procedural discourse by speakers with aphasia. *Aphasiology*, 29(7), 826-844. **Doi:** 10.1080/02687038.2014.993912.

Ramos, A. & Bortagarai, F. (2012). A comunicação não-verbal na área da saúde. *Rev. CEFAC*, 14(1), 164-170. **Doi:** 10.1590/S1516-18462011005000067.

Rousseaux, M., Daveluy, W. & Kozlowski, O. (2010a). Communication in conversation in stroke patients. *J. Neurol. Lille*, 257, 1099-1107. **Doi:** 10.1007/s00415-010-5469-8.

Rousseaux, M., Vérigneaux, C. & Kozlowski, O. (2010b). An analysis of communication in conversation after severe traumatic brain injury. *European Journal of Neurology*, 17, 922-929. **Doi:** 10.1111/j.1468-1331.2009.02945.x.

Sainson, C. (2007). Communication non verbale et dysfonctionnement exécutif post-traumatique: à propos d'un cas. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*, 50, 231-239. **Doi:** 10.1016/j.annrmp.2007.01.010.

Santos, C. (2005). A influência da comunicação não verbal no cuidado de enfermagem. *Rev. Bras Enferm*, 58(4), 434-437. Acedido em: 24-03-2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672005000400010&script=sci_abstract&lng=pt

Santos, L. (2017). O Processo de Reabilitação. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coords), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 15-21). Loures: Lusodidacta.

Seeley, R., Stephens, T. & Tate, P. (2001). *Anatomia & fisiologia*. (3.^a ed.). Lisboa: Lusodidacta.

Sekine, K. & Rose, M.L. (2013). The relationship of aphasia type and gesture production in people with aphasia. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 22(4), 662-72. **Doi:** 10.1044/1058-0360(2013/12-0030).

Sequeira, C. (2016). *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda*. Lisboa: Lidel.

Silva, L., Brasil, V., Guimarães, H., Savonitti, B. & Silva, M. (2000). Comunicação não-verbal: Reflexões acerca da linguagem corporal. *Rev. Latino-americana enfermagem*, 8(4), 52-58. Acedido em 24-03-2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n4/12384>

Sousa, P. (2005). Afasia – Como intervir? Acedido 05-04-2017. Disponível em: www.researchgate.net/publication/286382017

Stuart, G.W. & Laraia, M.T. (2005). *Principles and practice of psychiatric nursing*. 8ª edition. St. Louis: Mosby.

Sundin, K. & Jansson, L. (2003). Understanding and being understood as a creative caring phenomenon – in care of patients with stroke and aphasia. *Journal of Clinical Nursing*, 12, 107-116. **Doi:** 10.1046/j.1365-2702.2003.00676.x.

Talarico, T.R., Venegas, M.J. & Ortiz, K.Z. (2010). Perfil populacional de pacientes com distúrbios da comunicação humana decorrentes de lesão cerebral, assistidos em hospital terciário. *Rev. CEFAC*, 13(2), 330-339. **Doi:** 10.1590/S1516-18462010005000097.

Varanda, E. & Rodrigues, C. (2017). Avaliação da Pessoa com Alterações da Função Cognitiva: Avaliar para Reeducar e Readaptar. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coords), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp.145-158). Loures: Lusodidacta.

APÊNDICE II

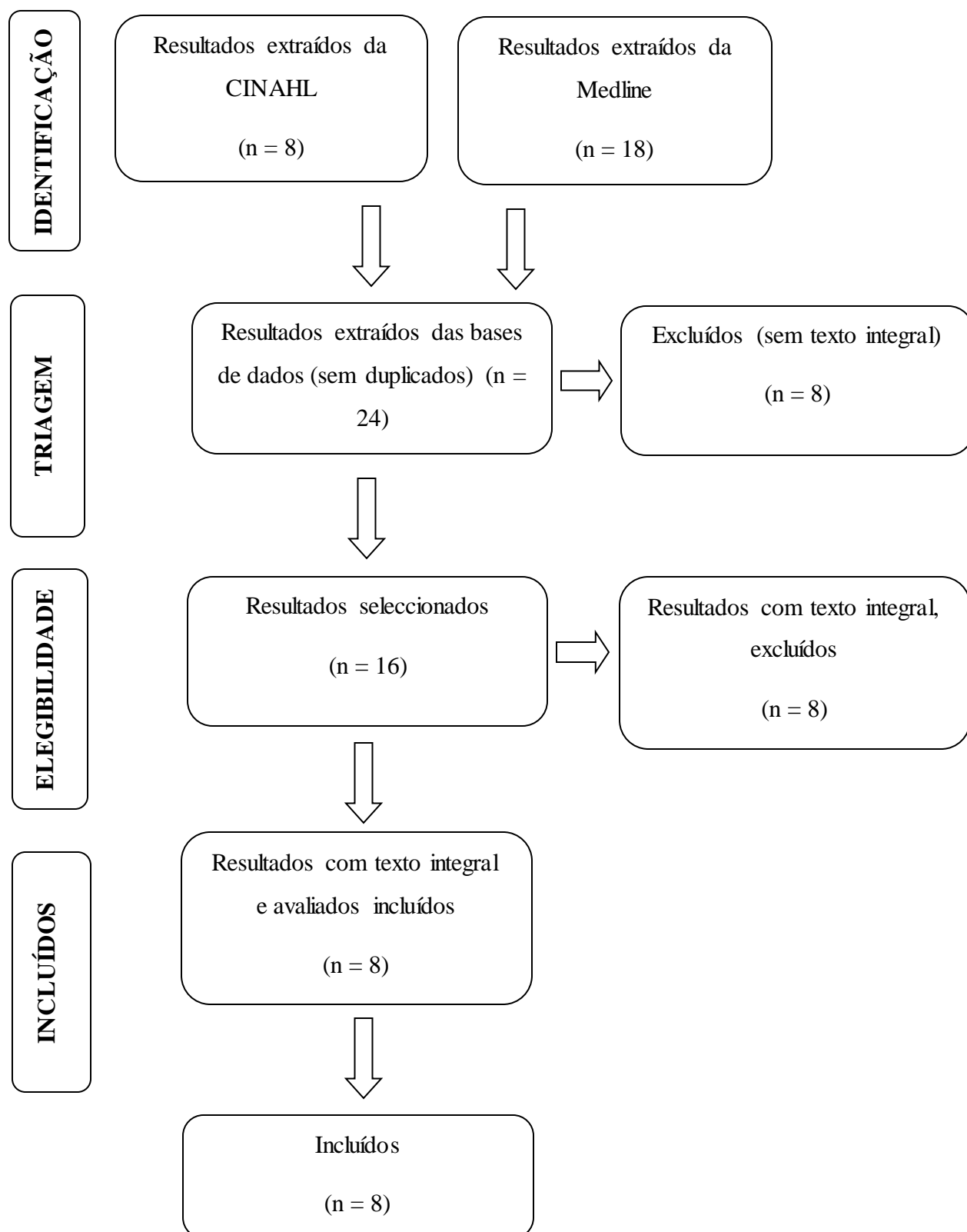
Estratégia de pesquisa para elaboração do projeto de estágio

	CINAHL Plus®			MEDLINE		
	P (População)	C (Conceitos)	C (Contexto)	P (População)	C (Conceitos)	C (Contexto)
Linguagem Natural	Brain Injury (S1; 10 921 artigos)	Non verbal language (S3; 15 artigos); Non verbal communication (S4; 205 artigos)	Rehabilitation (S6; 42 046 artigos) Rehabilitation Nursing (S7; 209 artigos)	Brain injury (S13; 40 543 artigos)	Non verbal language (S15; 23 artigos); Non verbal communication (S16; 440 artigos).	Rehabilitation (S19; 97 948 artigos); Rehabilitation Nursing (S20; 188 artigos)
Linguagem indexada	Central Nervous System Diseases (S2; MH; 244 939 artigos).	Nonverbal communication (S5; MH; 2 446 artigos).	Rehabilitation (S8, MH; 15 064 artigos)	Brain Diseases (S14; MH; 1 084 876 artigos)	Sign Language (S17; 1 882 artigos); Nonverbal communication (S18; 3 785 artigos)	Rehabilitation OR Rehabilitation Nursing OR Neurological Rehabilitation OR Stroke Rehabilitation (S21; MH; 27 638 artigos)
Pesquisa Combinada (natural e indexada)	S1 OR S2 = S9 (247 362 artigos)	S3 OR S4 OR S5 = S10 (2 594 artigos)	S6 OR S7 OR S8 = S11 (53 361 artigos)	S13 OR S14 = S22 (1 097 089 artigos)	S15 OR S16 OR S17 OR S18 = S23 (5 964 artigos)	S19 OR S20 OR S21 = S24 (116 731 artigos)

**S9 AND S10 AND S11 = S 12
(8 ARTIGOS)**

**S22 AND S23 AND S24 = S25
(18 ARTIGOS)**



Os resultados obtidos foram sujeitos a um processo de seleção através da aplicação de um diagrama adaptado de Moher, Liberati, Tetzlaff e Altman (2010), representado de seguida:




APÊNDICE III


Planeamento de atividades

Objetivo Específico	O1 - Integrar a equipa de saúde interdisciplinar, o funcionamento e as atividades de Enfermagem de Reabilitação dos locais de estágio		
Domínios e Competências	Atividades	Recursos	Indicadores
<p>A1 - Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;</p> <p>A2 – Promove práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;</p> <p>B1 – Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;</p> <p>C1 – Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional.</p> <p>C2 - Adapta o estilo de liderança e adequa-o ao clima organizacional estrito favorecedores da melhor resposta do grupo e dos indivíduos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboração de guiões de entrevista para cada local de estágio; • Realização de entrevistas em cada local de estágio, à Enf.^a Chefe e EEER. • Observação da organização funcional das equipas de enfermagem e interdisciplinar. • Identificação de instrumentos de colheita de dados, avaliação e registos utilizados nos serviços; • Participação nas passagens de turno; • Participação em reuniões formais e informais da equipa interdisciplinar; • Consulta de manuais e protocolos dos serviços. 	<p>Humanos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Equipa interdisciplinar dos locais de estágio; • Pessoa e/ou família em situação de LC com comprometimento da comunicação • Docente orientadora <p>Materiais</p> <ul style="list-style-type: none"> • Código Deontológico do Enfermeiro; • Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista; • Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação; • Manuais de procedimentos, normas e protocolos dos serviços e documentos relevantes; 	<ul style="list-style-type: none"> • Ter elaborado um guião de entrevista para cada local de estágio; • Ter realizado pelo menos uma entrevista em cada local de estágio, à Enf.^a Chefe e EEER; • Ter observado a organização funcional das equipas de enfermagem e interdisciplinar; • Ter identificado os instrumentos de colheita de dados, avaliação e registos utilizados nos serviços; • Ter participado nas passagens de turno; • Ter participado em pelo menos uma reunião em cada local de estágio; • Ter consultado os manuais e protocolos do serviço.




		<ul style="list-style-type: none"> Instrumentos de colheita de dados e escalas de avaliação dos locais de estágio. <p>Físicos</p> <ul style="list-style-type: none">   <p>Temporais (Ver cronograma de atividades)</p>	
<p>Crterios de avaliao:</p> <ul style="list-style-type: none"> De que modo as atividades e estratgias planejadas e desenvolvidas so adequadas para o desenvolvimento de competncias definidas para a rea de intervenao do EEER; De que modo as atividades e estratgias planejadas e desenvolvidas so fundamentais para a participao da pessoa e sua famlia no programa de reabilitao; Reflete de que modo as atividades e estratgias utilizadas so importantes para atingir o objetivo. 			


Objetivo Específico	O2 - Estruturar conhecimento teórico e técnico na área comunicacional e interacional, nomeadamente à pessoa com lesão cerebral		
Domínios e Competências	Atividades	Recursos	Indicadores
<p>A1 - Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;</p> <p>B1 – Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;</p> <p>C1 – Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional;</p> <p>C2 – Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados;</p> <p>D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;</p> <p>D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pesquisa bibliográfica sobre as formas de comunicação verbal e não-verbal e sua avaliação; • Pesquisa bibliográfica sobre estratégias de comunicação na pessoa com lesão cerebral; • Estudo autónomo; • Organização do conhecimento obtido/trabalhado; • Partilha de conhecimentos com o Professor Orientador, o Enfermeiro Orientador de Estágio e a equipa interdisciplinar; • Participação em ações formativas/congressos; • Apresentação de trabalhos sobre a temática em congressos; • Elaboração de guia orientador da prática sobre comunicação; 	<p>Humanos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Equipa interdisciplinar dos locais de estágio; • Pessoa e/ou família em situação de LC com comprometimento da comunicação; • Docente orientadora; • Enfermeiro orientador; • Colegas, caso se aplique, que realizem conjuntamente trabalhos de apresentação em Congressos; <p>Materiais</p> <p>Plataforma EBSCO (bases de dados CINAHL e Medline);</p> <p>Físicos</p> <ul style="list-style-type: none"> •  • Biblioteca da Escola; 	<ul style="list-style-type: none"> • Ter realizado pesquisa bibliográfica sobre as formas de comunicação verbal e não-verbal e sua avaliação; • Ter realizado pesquisa bibliográfica sobre estratégias de comunicação na pessoa com lesão cerebral; • Ter efetuado Estudo autónomo; • Ter realizado uma organização do conhecimento obtido/trabalhado; • Ter partilhado conhecimentos com o Professor Orientador, o Enfermeiro Orientador de Estágio e a equipa interdisciplinar; • Ter participado, pelo menos, em 1 ação formativa/congresso;

		<ul style="list-style-type: none"> Local de realização dos congressos onde se participar e/ou apresentar trabalhos. <p>Temporais (Ver cronograma de atividades)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Ter apresentado pelo menos um trabalho sobre a temática em congressos; Ter elaborado guia orientador da prática sobre comunicação.
<p>Crêterios de avaliação:</p> <ul style="list-style-type: none"> De que modo as atividades e estratégias planeadas e desenvolvidas são adequadas para o desenvolvimento de competências definidas para a área de intervenção do EEER; De que modo as atividades e estratégias planeadas e desenvolvidas são fundamentais para a participação da pessoa e sua família no programa de reabilitação; Reflete de que modo as atividades e estratégias utilizadas são importantes para atingir o objetivo. 			



Objetivo Específico	O3 - Produzir estratégias comunicacionais durante a prestação de cuidados de ER, com vista à participação da pessoa com lesão cerebral nos mesmos		
Domínios e Competências	Atividades	Recursos	Indicadores
<p>A1 – Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;</p> <p>B3 – Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro;</p> <p>D1 – Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade;</p> <p>J1 – Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados</p> <p>J2 – Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividadee/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania</p> <p>J3 – Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboração de dispositivos comunicacionais de apoio; • Utilização de estratégias e dispositivos comunicacionais durante a prestação de cuidados de ER à pessoa com lesão cerebral (referidos anteriormente). 	<p>Humanos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Equipa interdisciplinar dos locais de estágio; • Pessoa e/ou família em situação de LC com comprometimento da comunicação; • Docente orientadora; • Enfermeiro orientador; <p>Materiais</p> <ul style="list-style-type: none"> • Guia orientador da prática sobre comunicação; • Dispositivos comunicacionais. <p>Físicos</p> <ul style="list-style-type: none"> •  • Biblioteca da Escola, ou outras. <p>Temporais (Ver cronograma de atividades)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ter elaborado, pelo menos, um dispositivo comunicacional de apoio; • Utilização de estratégias e dispositivos comunicacionais durante a prestação de cuidados de ER à pessoa com lesão cerebral (referidos anteriormente).
CrITÉrios de avaliação:			

- *De que modo as atividades e estratégias planeadas e desenvolvidas são adequadas para o desenvolvimento de competências definidas para a área de intervenção do EEER;*
- *De que modo as atividades e estratégias planeadas e desenvolvidas são fundamentais para a participação da pessoa e sua família no programa de reabilitação;*
- *Reflete de que modo as atividades e estratégias utilizadas são importantes para atingir o objetivo.*



Objetivo Específico	O4 - Planear programa de melhoria contínua na área cognitiva (comunicação)		
Domínios e Competências	Atividades	Recursos	Indicadores
<p>B1 – Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;</p> <p>B2 – Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade;</p> <p>B3 – Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro;</p> <p>C1 – Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional;</p> <p>D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Estudo autónomo; • Pesquisa bibliográfica; • Consulta de Programa de Estimulação Multissensorial (PEM); • Elaboração de guia orientador de boas práticas de comunicação não-verbal; • Elaboração de instrumento de avaliação e registo da comunicação não-verbal à pessoa com lesão cerebral; • Realização de reuniões de orientação com docente e enfermeiro orientador. 	<p>Humanos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Docente orientador; • EEER da Neurocirurgia do  <p>Materiais</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bases de dados (CINHAL, MEDLINE...) • PEM da Neurocirurgia do  <p>Físicos</p> <ul style="list-style-type: none"> •  • Biblioteca da Escola ou outras. <p>Temporais (Ver cronograma de atividades)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ter realizado estudo autónomo; • Ter efectuado pesquisa bibliográfica; • Ter consultado o Programa de Estimulação Multissensorial (PEM); • Ter elaborado guia orientador de boas práticas de comunicação não-verbal; • Ter elaborado instrumento de avaliação e registo da comunicação não-verbal à pessoa com lesão cerebral; • Ter realizado reuniões de orientação com docente e enfermeiro orientador uma vez por mês.
<p>CrITÉRIOS de avaliação:</p> <ul style="list-style-type: none"> • De que modo as atividades e estratégias planeadas e desenvolvidas são adequadas para o desenvolvimento de competências definidas para a área de intervenção do EEER; • De que modo as atividades e estratégias planeadas e desenvolvidas são fundamentais para a participação da pessoa e sua família no programa de reabilitação; • Reflete de que modo as atividades e estratégias utilizadas são importantes para atingir o objetivo. 			

Objetivo Específico	O5 - Avaliar necessidades de formação da equipa sobre comunicação não verbal à e da pessoa com lesão cerebral		
Domínios e Competências	Atividades	Recursos	Indicadores
<p>A2 – Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;</p> <p>B2 – Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade;</p> <p>D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento</p>	<ul style="list-style-type: none"> Integração na equipa interdisciplinar; Observação da interação e comunicação dos enfermeiros com a pessoa com lesão cerebral; Monitorização de registos sobre comunicação efectuados pela equipa multiprofissional; Elaboração de ficheiro para o registo da observação da interação e comunicação dos enfermeiros com a pessoa com lesão cerebral; Elaboração de ficheiro para o registo e análise da monitorização de registos efectuados pela equipa multiprofissional sobre comunicação. 	<p>Humanos</p> <ul style="list-style-type: none"> Equipa interdisciplinar dos locais de estágio; Pessoas com lesão cerebral; <p>Materiais</p> <ul style="list-style-type: none"> Manuais, guias, protocolos, projetos dos locais de estágio; Plataforma de registos; <p>Físicos</p> <ul style="list-style-type: none">  Biblioteca da Escola, ou outras. <p>Temporais (Ver cronograma de atividades)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Ter integrado a equipa interdisciplinar; Ter observado a interação e comunicação dos enfermeiros com a pessoa com lesão cerebral; Ter monitorizado os registos sobre comunicação efectuados pela equipa multiprofissional nas primeiras 5 semanas de cada contexto de estágio ; Ter elaborado um ficheiro para o registo da observação da interação e comunicação dos enfermeiros com a pessoa com lesão cerebral; Ter elaborado um ficheiro para o registo e análise da monitorização de registos efectuados pela equipa multiprofissional sobre comunicação.

Critérios de avaliação: <ul style="list-style-type: none"> • <i>De que modo as atividades e estratégias planeadas e desenvolvidas são adequadas para o desenvolvimento de competências definidas para a área de intervenção do EEER;</i> • <i>De que modo as atividades e estratégias planeadas e desenvolvidas são fundamentais para a participação da pessoa e sua família no programa de reabilitação;</i> • <i>Reflete de que modo as atividades e estratégias utilizadas são importantes para atingir o objetivo.</i> 			


Objetivo Específico	O6 - Projetar formação na área da comunicação não-verbal à pessoa com lesão cerebral		
Domínios e Competências	Atividades	Recursos	Indicadores
<p>A2 – Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;</p> <p>C1 – Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional;</p> <p>D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Estudo autónomo; • Pesquisa bibliográfica; • Elaboração de ação de formação dirigida à equipa interdisciplinar; • Realização de sessões educativas aos familiares/cuidadores • Reuniões de orientação com enfermeiro e docente orientador sobre o a preparação de uma ação de formação. 	<p>Humanos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Docente orientador; • Enfermeiro orientador; • Famílias/cuidadores das pessoas com LC e comprometimento da comunicação; • Equipa interdisciplinar dos locais de estágio; <p>Materiais</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dispositivos de formação disponíveis nos serviços; • Revisão <i>scoping</i> efectuada para a elaboração do projecto; • Grelhas de avaliação pré e pós formação/sessão educativa. <p>Físicos</p> <ul style="list-style-type: none"> •  •  • Biblioteca da Escola, ou outras; 	<ul style="list-style-type: none"> • Ter realizado estudo autónomo; • Ter efectuado pesquisa bibliográfica; • Ter elaborado uma ação de formação em cada contexto de estágio; • Ter realizado sessões educativas aos familiares/cuidadores com necessidades formativas na área; • Ter efetuado, se possível, uma reunião mensal de orientação com enfermeiro e docente orientador, sobre o a preparação de uma ação de formação.

		Temporais (Ver cronograma de atividades)	
Critérios de avaliação: <ul style="list-style-type: none"> • <i>De que modo as atividades e estratégias planejadas e desenvolvidas são adequadas para o desenvolvimento de competências definidas para a área de intervenção do EEER;</i> • <i>De que modo as atividades e estratégias planejadas e desenvolvidas são fundamentais para a participação da pessoa e sua família no programa de reabilitação;</i> • <i>Reflete de que modo as atividades e estratégias utilizadas são importantes para atingir o objetivo.</i> 			

Objetivo Específico	O7 - Implementar planos de intervenção de ER à pessoa com lesão cerebral e com comprometimento da comunicação		
Domínios e Competências	Atividades	Recursos	Indicadores
<p>A1 - Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;</p> <p>A2 - Promove práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;</p> <p>B3 - Cria e mantém um ambiente terapêutico seguro;</p> <p>C1 - Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional;</p> <p>D1 – Desenvolve o auto-conhecimento de si e a assertividade;</p> <p>D2 - Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento;</p> <p>J1 - Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pesquisa bibliográfica sobre CNV à e na pessoa com LC; • Avaliação global da pessoa com LC e comprometimento da CV utilizando instrumentos adequados; • Avaliação da comunicação (qual/quais as que estão preservadas; quais as estratégias dificultadoras/facilitadoras da comunicação) • Identificação de incapacidades/potencialidades na pessoa/família com LC e comprometimento da comunicação verbal; • Planeamento de intervenções com o intuito de promover capacidades adaptativas no processo de transição saúde-doença e situacional da 	<p>Humanos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfermeiro orientador de cada serviço; • Docente orientador; • Pessoa e/ou família em situação de LC com comprometimento da comunicação. <p>Materiais</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apontamentos das aulas; • Bases de dados (CINHAL, MEDLINE...) • Biblioteca; • Instrumento de colheita de dados; • Grelha de plano de cuidados. <p>Físicos</p> <ul style="list-style-type: none"> •  •  	<ul style="list-style-type: none"> • Ter realizado pesquisa bibliográfica sobre a CNV à e na pessoa com LC; • Ter avaliado pelo menos 4 pessoas com LC e comprometimento da CV utilizando instrumentos adequados; • Ter identificado incapacidades/potencialidades na pessoa/família com LC e comprometimento da CV; • Ter planeado intervenções com vista à promoção de capacidades adaptativas no processo de transição saúde-doença e situacional da pessoa/família com LC e reduzir as dificuldades comunicacionais recorrendo à CNV; • Ter implementado intervenções de ER à pessoa/família com LC e


<p>J2 - Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;</p> <p>J3 - Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.</p>	<p>pessoa/família com LC e reduzir as dificuldades comunicacionais recorrendo à CNV ;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Implementação de intervenções de ER à pessoa/família com LC e comprometimento da CV, que dêem resposta a todas as suas necessidades e reeduem a sua funcionalidade e promovam uma transição saúde-doença e situacional eficaz; • Implementação de um programa de reabilitação à pessoa com LC, com intervenções/estratégias específicas tendo em conta o tipo de CNV preservada, que promovam uma comunicação eficaz; • Envolvimento da família/cuidador informal no programa de reabilitação. 	<p>Temporais</p> <p>(Ver cronograma de atividades)</p>	<p>comprometimento da CV, que dêem resposta a todas as suas necessidades e reeduem a sua funcionalidade e promovam uma transição saúde-doença e situacional eficaz;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ter implementado pelo menos um programa de reabilitação a duas pessoa com LC, com intervenções/estratégias específicas tendo em conta o tipo de CNV preservada, que promovam uma comunicação eficaz; • Ter envolvido, no mínimo, uma família/cuidador informal no programa de reabilitação.
<p>Crítérios de avaliação:</p>			

- *De que modo as atividades e estratégias planeadas e desenvolvidas são adequadas para o desenvolvimento de competências definidas para a área de intervenção do EEER;*
- *De que modo as atividades e estratégias planeadas e desenvolvidas são fundamentais para a participação da pessoa e sua família no programa de reabilitação;*
- *Reflete de que modo as atividades e estratégias utilizadas são importantes para atingir o objetivo.*

Objetivo Específico	O8 - Analisar a problemática do comprometimento da comunicação e respetivo impacto na capacitação da pessoa com lesão cerebral		
Domínios e Competências	Atividades	Recursos	Indicadores
<p>A1 – Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;</p> <p>A2 – Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;</p> <p>J1 – Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Estudo autónomo; • Pesquisa bibliográfica; • Implementação de ações autónomas e/ou pluridisciplinares que visem uma consciência social inclusiva; • Avaliação dos resultados das intervenções implementadas na pessoa com LC e comprometimento da comunicação. 	<p>Humanos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfermeiro orientador; • Docente orientador; • Equipa interdisciplinar dos contextos de estágio; • Pessoa e/ou família em situação de LC com comprometimento da comunicação. <p>Materiais</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bases de dados (CINHAL, MEDLINE...) • Grelha de avaliação das intervenções implementadas. <p>Físicos</p> <ul style="list-style-type: none"> •  • Biblioteca da escola, ou outras. <p>Temporais</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ter realizado estudo autónomo; • Ter efectuado pesquisa bibliográfica; • Ter implementado ações autónomas e/ou pluridisciplinares, a pelo menos 2 doentes em cada contexto de estágio, que visem uma consciência social inclusiva; • Ter avaliado os resultados das intervenções implementadas na pessoa com LC e comprometimento da comunicação.

		(Ver cronograma de atividades)	
<p>Critérios de avaliação:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>De que modo as atividades e estratégias planejadas e desenvolvidas são adequadas para o desenvolvimento de competências definidas para a área de intervenção do EEER;</i> • <i>De que modo as atividades e estratégias planejadas e desenvolvidas são fundamentais para a participação da pessoa e sua família no programa de reabilitação;</i> • <i>Reflete de que modo as atividades e estratégias utilizadas são importantes para atingir o objetivo</i> 			

Objetivo Específico	O9 - Analisar processo de aprendizagem efetuado		
Domínios e Competências	Atividades	Recursos	Indicadores
<p>A1 – Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;</p> <p>D1 – Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade;</p> <p>D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboração de jornais de aprendizagem reflexivos semanais sobre as atividades desenvolvidas; • Realização de reuniões com o enfermeiro e docente orientadores, que promovam a reflexão conjunta; • Construção de uma grelha de auto-avaliação sobre os objetivos propostos a serem desenvolvidos e que tenham em conta os indicadores e critérios de avaliação estabelecidos; • Elaboração de relatório final de estágio. 	<p>Humanos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Equipa interdisciplinar; • Docente orientador; • Enfermeiro orientador; • Pessoa e/ou família em situação de LC com comprometimento da comunicação. <p>Materiais</p> <ul style="list-style-type: none"> • Normas e protocolos de serviço; • Bases de dados eletrónicas; • Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista; • Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação; • Código Deontológico do Enfermeiro; • Grelha de auto-avaliação. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ter elaborado jornais de aprendizagem reflexivos semanais sobre as atividades desenvolvidas; • Ter realização reuniões, pelo menos mensais, com o enfermeiro e docente orientadora, que promovam a reflexão conjunta; • Ter construído uma grelha de auto-avaliação sobre os objetivos propostos a serem desenvolvidos e que tenham em conta os indicadores e critérios de avaliação estabelecidos; • Ter elaborado o relatório final de estágio.

		<p>Físicos</p> <ul style="list-style-type: none"> •  • Escola, incluindo biblioteca. <p>Temporais (Ver cronograma de atividades)</p>	
<p>Critérios de avaliação:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>De que modo as atividades e estratégias planeadas e desenvolvidas são adequadas para o desenvolvimento de competências definidas para a área de intervenção do EEER;</i> • <i>De que modo as atividades e estratégias planeadas e desenvolvidas são fundamentais para a participação da pessoa e sua família no programa de reabilitação;</i> • <i>Reflete de que modo as atividades e estratégias utilizadas são importantes para atingir o objetivo</i> 			

[illegible]

APÊNDICE IV

Guiões de entrevista aos serviços de implementação do projeto

GUIÃO DE ENTREVISTA – Neurocirurgia

ÁREA	PERGUNTAS
<u>LEGITIMAÇÃO DA ENTREVISTA</u>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Apresentação ✓ Apresentação dos objetivos da visita/entrevista ✓ Obtenção de consentimento
<u>CARATERIZAÇÃO DO SERVIÇO</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Qual a missão do serviço? • Como se caracteriza o espaço físico? • Que valências / serviços diferenciados estão disponíveis? • Quais as patologias mais frequentes? • Qual o horário das visitas? • Como é constituída a equipa interdisciplinar? • Qual o horário de trabalho que é praticado?
<u>GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Quantos elementos constituem a equipa de enfermagem? Desses elementos quantos são Enfermeiros Generalistas? E quantos são Enfermeiros Especialistas em Reabilitação? • O horário praticado pelos Enfermeiros generalistas diverge dos Enfermeiros Especialistas? Se sim, porquê e como? • Como são distribuídos os Enfermeiros Especialistas de Reabilitação pelos turnos? • Que funções assume o Enfermeiro de Reabilitação no serviço? • Qual o número de pessoas atribuídas/distribuídas ao Enfermeiro Especialista de Reabilitação? Quais os critérios? Esse número difere do Enfermeiro Generalista? • Como é feita a articulação entre os Enfermeiros Generalistas e os Enfermeiros Especialistas de Reabilitação? • Algum EEER tem investido na área cognitiva/comunicação/linguagem? Se sim, em que medida?
<u>CARATERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO ASSISTIDA</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Qual o tempo médio de internamento das pessoas? • Quais as características da população que o serviço recebe? (faixa etária, tipo de patologia, níveis de dependência, compromissos sensório-cognitivos, compromissos sensório-motores, condições socioeconómicas)

	<ul style="list-style-type: none"> • Qual a incidência de alterações da comunicação nas pessoas internadas? Quais as alterações mais frequentes? Qual a origem dessas alterações (estrutural/Funcional)? • Em que medida é que as alterações da comunicação/linguagem influenciam a participação das pessoas nos programas de reabilitação? • Quais as necessidades de cuidados de enfermagem de reabilitação mais frequentes na população assistida?
<u>AVALIAÇÃO DAS PESSOAS</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Como realiza a seleção das pessoas alvo de cuidados especializados em reabilitação? • As pessoas podem também ser referenciadas por outros profissionais para os EEER? Se sim, como é efetuado esse processo? • Em que momento, quem e como são identificadas as necessidades de intervenção dos Enfermeiros Especialistas de Reabilitação? • Quais os instrumentos utilizados para avaliação da comunicação/linguagem?
<u>PRESTAÇÃO E CONTINUIDADE DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Quais as patologias mais frequentes na prestação de cuidados pelo EEER? • Qual a metodologia de trabalho utilizada pelos EEER? • Como procede ao planeamento dos cuidados? • De que forma a pessoa participa (ou não) nesse planeamento? • Apenas presta cuidados às pessoas internadas no serviço ou dá apoio a outros serviços? • Que instrumentos são utilizados para registo das intervenções dos enfermeiros de reabilitação? • Coordena os cuidados de enfermagem de reabilitação com outros enfermeiros especialistas? Existe uma equipa de reabilitação? Se sim, como funciona a equipa? • Que limitações ou dificuldades sente como enfermeiro de reabilitação na sua prática e cuidados? • Qual a receptividade da pessoa/família aos cuidados do enfermeiro de reabilitação? • Vê impacto de resultados consoante a adesão / envolvimento da pessoa aos cuidados? • Que indicadores de saúde são evidenciados no serviço?

	<ul style="list-style-type: none"> • Como a família é incluída nos cuidados planeados? • Existem momentos de promoção da saúde no serviço? • Existe algum programa ou instrução de trabalho específica sobre avaliação e reeducação da comunicação/linguagem, nomeadamente não-verbal? • Que estratégias comunicacionais são utilizadas quando existe comprometimento da comunicação?
<p><u>AUTONOMIA ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO E RELAÇÃO INTERDISCIPLINAR</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Existe articulação nos cuidados com outros profissionais na equipa? (Fisioterapeuta/ Terapeuta ocupacional/ Terapeuta da Fala/ Nutricionista, Médico, Psicólogo) • Como prepara a alta da pessoa para o regresso ao domicílio? Qual o papel e importância do Enfermeiro de Reabilitação na decisão da alta da pessoa? • Existe alguma parceria/ articulação de cuidados com a comunidade na preparação e no momento da alta? Se sim, qual? Como? • Como articula a continuidade de cuidados? • Existe programas de reabilitação que tenham início no internamento e tenham continuidade em ambulatório? Se sim, quais as situações mais frequentes? • O que considera importante para uma melhor prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação? • Que materiais/recursos existem no serviço para a prática específica de enfermagem de reabilitação?
<p><u>OUTRAS ATIVIDADES</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tem algum projeto que gostaria de concretizar? Existe dificuldade em implementar projetos? • Em que medida contribui o EEER para a formação dos pares?
<p><u>FIM DA ENTREVISTA</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Agradecimento pela entrevista

GUIÃO DE ENTREVISTA – UCC

ÁREA	PERGUNTAS
<u>LEGITIMAÇÃO DA ENTREVISTA</u>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Apresentação ✓ Apresentação dos objetivos da visita/entrevista ✓ Obtenção de consentimento
<u>CARATERIZAÇÃO DO SERVIÇO</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Qual a missão do serviço? • Quanto ao espaço físico, o que a instituição contempla ? • Que recursos da comunidade estão disponíveis? • Quais os critérios de referenciação para admissão das pessoas? (condições de acesso) • Qual a faixa etária das pessoas e patologias mais frequentes? • Como é constituída a equipa interdisciplinar? • Qual o horário de funcionamento da UCC? • Qual a área de abrangência da UCC? • A UCC possui outras estruturas de apoio na comunidade? Com quais interage mais?
<u>GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Quantos elementos constituem a equipa de enfermagem? E quantos são Enfermeiros Especialistas em Reabilitação? • Qual o horário que os EEER praticam? • Que funções desempenham os EEER? • Como é feita a articulação entre os Enfermeiros Generalistas e os Enfermeiros Especialistas de Reabilitação? • Como é realizada a articulação entre a equipa interdisciplinar? • Algum EEER tem investido na área cognitiva/comunicação/linguagem? Se sim, em que medida?
<u>CARATERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO ASSISTIDA</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Quais as características da população que o serviço recebe? (faixa etária, tipo de patologia, níveis de dependência, compromissos sensório-cognitivos, compromissos sensório-motores, condições socioeconómicas) • Na área sensório-motora, existe alguma predominância de patologia? • Qual a incidência de pessoas com lesão cerebral? • Quais as necessidades de cuidados de enfermagem de reabilitação mais frequentes na população assistida?


	<ul style="list-style-type: none"> • Qual a incidência de alterações da comunicação nas pessoas? Quais as alterações mais frequentes? Qual a origem dessas alterações (estrutural/Funcional)? • Em que medida é que as alterações da comunicação/linguagem influenciam a participação das pessoas nos programas de reabilitação?
<u>AVALIAÇÃO DAS PESSOAS</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Quais são os critérios de referenciação? Como é articulado entre as instituições de onde vêm referenciados? • Quais são os critérios para acompanhamento pela UCC? • Como realiza a seleção das pessoas alvo dos seus cuidados? • Em que momento, quem e como são identificadas as necessidades de intervenção dos Enfermeiros Especialistas de Reabilitação? • Quais os instrumentos utilizados para avaliação da comunicação/linguagem?
<u>PRESTAÇÃO E CONTINUIDADE DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Qual a metodologia de trabalho utilizada pelos EEER? • Como procede ao planeamento dos cuidados? • De que forma a pessoa participa (ou não) nesse planeamento? • O planeamento do programa de reabilitação é realizado em equipa? • Quais os critérios tidos em conta na distribuição de pessoas para EEER? • Como é feito e qual o número de pessoas distribuídas? • Em que horários e com que frequência são feitas as visitas domiciliárias? • Como é feita a organização do trabalho durante um turno? • O planeamento do programa de reabilitação é realizado em equipa? • Que instrumentos são utilizados para registo das intervenções dos enfermeiros de reabilitação? • Qual a origem das pessoas? Referenciação? Como se processa todo o circuito da pessoa, desde a admissão até à alta? • Apenas presta cuidados às pessoas na UCC ou dá apoio a outros organismos/instituições? • Coordena os cuidados de enfermagem de reabilitação com outros enfermeiros especialistas? Existe uma equipa de reabilitação? Se sim, como funciona?

	<ul style="list-style-type: none"> • Que limitações ou dificuldades sente como enfermeiro de reabilitação na sua prática e cuidados? • Quais as vantagens e desvantagens de se praticar enfermagem de reabilitação em contexto comunitário? • Qual o papel do familiar cuidador no processo terapêutico? • Vê impacto de resultados consoante a adesão / envolvimento da pessoa aos cuidados? • Existe algum programa ou instrução de trabalho específica sobre avaliação e reeducação da comunicação/linguagem, nomeadamente não-verbal? • Que estratégias comunicacionais são utilizadas quando existe comprometimento da comunicação?
<u>AUTONOMIA ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO E RELAÇÃO INTERDISCIPLINAR</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Existe alguma parceria/articulação de cuidados com outros organismos/instituições da comunidade? Se sim, quais? Como? • Como o EER organiza o seu trabalho ao longo do dia e que tipo de atividades são prioritárias? • Quais as maiores dificuldades de readaptação, sentidas e/ou manifestadas pelos familiares cuidadores e pessoas que regressam a casa com alterações na mobilidade? • O que seria necessário fazer no internamento/antes do regresso a casa, que facilitasse a readaptação das pessoas à sua nova condição? • Que limitações ou dificuldades sente como enfermeiro de reabilitação na sua prática e cuidados? • Qual a receptividade da pessoa aos cuidados do enfermeiro de reabilitação? • O que considera importante para uma melhor prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação?
<u>OUTRAS ATIVIDADES</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Tem algum projeto que gostaria de concretizar? Existe dificuldade em implementar projetos? • Existem projetos em curso pelos EEER além da prestação direta de cuidados? • Em que medida contribui o EEER para a formação dos pares?
<u>FIM DA ENTREVISTA</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Agradecimento pela entrevista

APÊNDICE V

Caracterização dos Locais de Estágio

Neurocirurgia

Tem uma área de influência correspondente a  mas é referência para toda a região sul do país. Está dividida em três unidades - intensivos (4 camas), intermédios (4 camas) e enfermaria (15 camas) – e as patologias mais frequentes são as doenças neurológicas, cirúrgicas e traumatológicas, nomeadamente traumatismos vertebro-medulares, lesões por desgaste de coluna, lesões tumorais (cérebro e coluna) e patologia cerebro-vascular, tais como acidente vascular cerebral hemorrágico.

O horário de visitas é restrito a uma hora por dia entre as 17h00 e as 18h00 na enfermaria e entre as 17h30 e as 18h30 em intensivos e intermédios. Contudo, existe um horário alargado para a pessoa significativa entre as 12h00 e as 20h00.

A equipa interdisciplinar comporta na sua constituição quatro enfermeiros especialistas em reabilitação, entre outros profissionais, que gerem a prestação de cuidados especializados, tendo ao seu dispôr um sistema informático específico para efectuar os respetivos registos. Dispõem ainda de um vasto leque de recursos materiais, tais como, camas elétricas, elevador elétrico, colchões de viscogel, máquina de pressão alternada, almofadas *standard* e de gel, espelho quadriculado, bastão, pedaleira, espirómetros de incentivo, tábuas de transferência, carro de estimulação multissensorial (*IPad*, fibras ópticas, dispositivos tácteis, caixa de aromas...), entre outros.

Entre os projetos desenvolvidos no serviço, destaca-se o programa de estimulação multissensorial (PEM), onde se utilizam as escalas de coma de Glasgow e a escala Rancho Los Amigos, e onde se observa a reação à estimulação sensorial, mas ainda sem um registo sistematizado e objetivo das mesmas enquanto comunicação não-verbal.

Unidade Cuidados na Comunidade (UCC)

Está integrada no Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) [REDACTED] e dá resposta às necessidades das pessoas inscritas e residentes no concelho do [REDACTED]

A equipa é constituída por uma EEER e duas fisioterapeutas, entre outros profissionais, partilhando ainda com a unidade de recursos partilhados do agrupamento uma nutricionista, uma psicóloga e uma assistente social.

A prestação de cuidados de enfermagem especializados em reabilitação está inserida no programa da Rede Nacional de Cuidados Continuados (RNCCI), através da Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI). Como tal, as pessoas são encaminhadas e referenciadas à enfermeira especialista em reabilitação sempre através do hospital ou das unidades de saúde familiar/cuidados personalizados. Os casos clínicos são divididos entre a EEER e a fisioterapeuta consoante os seus diagnósticos: pessoas com patologia ortopédica ficam à responsabilidade da fisioterapeuta enquanto as restantes situações são da responsabilidade da EEER. Esta organização relaciona-se com a necessidade de cuidados mais complexos, nomeadamente, de enfermagem. Contudo, a fisioterapeuta é sempre acompanhada de enfermeiro, neste caso generalista ou de outra especialidade, pois a admissão na rede é sempre feita por um enfermeiro. Nas situações acompanhadas pela EEER, esta não necessita de ir acompanhada por mais nenhum profissional, excepto se se justificar à sua avaliação.

A ECCI tem 45 vagas, não sendo nunca a sua totalidade preenchida, sendo que a EEER assume 7 pessoas, tal como preconiza a Ordem dos Enfermeiros (OE). Após sinalização da pessoa para a UCC, esta deve ser avaliada nas primeiras 48h após a alta. Posteriormente, devem ser efetuadas avaliações mensais com preenchimento dos respetivos registos em documento próprio da RNCCI, para além da atualização do processo clínico, que deve ser realizado consoante cada visita domiciliária efetuada, em sistema informático SClínico. Estas visitas são preferencialmente realizadas no período da manhã, num máximo de três vezes por semana, e os registos no período da tarde.

Os recursos utilizados são os que estão disponíveis no domicílio de cada pessoa, existindo parcerias com várias instituições locais. No que concerne à gestão da equipa interdisciplinar, existe uma reunião semanal onde se realiza uma partilha de conhecimentos e de casos.

Não existem projetos desenvolvidos na área da comunicação, sendo todos os casos onde se verifique o seu comprometimento encaminhados para o terapeuta da fala, não sendo utilizada qualquer escala de avaliação da mesma.

APÊNDICE VI

Jornal de Aprendizagem: Fronteiras profissionais

Após terem passado nove semanas num serviço de internamento sou confrontada com uma nova realidade nos cuidados de saúde primários. Apenas uma enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação está inserida na unidade de cuidados na comunidade (UCC), fazendo ainda parte da equipa de cuidados continuados integrados (ECCI) da rede nacional de cuidados continuados (RNCC). A UCC dá resposta às necessidades da população inscrita (181 366 pessoas) mas também residente (158 269 pessoas) no concelho correspondente. Significa que todas as necessidades de cuidados de reabilitação desta população fica ao encargo de uma única enfermeira, que respeitando os rácios sugeridos pela Ordem dos Enfermeiros (OE), não deve acompanhar mais do que sete pessoas. (OE, 2014). Contudo, o mesmo documento da OE define um perfil de serviços a prestar pela ECCI:

- ✓ Cuidados de enfermagem domiciliários de natureza preventiva, curativa, reabilitadora e ações paliativas;
- ✓ Apoio na satisfação das necessidades básicas, no desempenho das atividades de vida diária e nas atividades instrumentais da vida diária;
- ✓ Apoio psicossocial e ocupacional envolvendo os familiares e outros prestadores de cuidados;
- ✓ Educação para a saúde dos doentes, familiares e cuidadores;
- ✓ Coordenação e gestão de casos com outros recursos de saúde e sociais (OE, 2014c, p. 29).

Já o Conselho de Enfermagem reforça esta ideia afirmando que o perfil destas equipas incide essencialmente na “formação, coordenação, assessoria e articulação bem como o acompanhamento das pessoas, famílias e cuidadores” (OE, 2009, p.9).

Tendo por base este perfil questiono-me como podemos quantificar esta dotação segura. Se considerarmos cada pessoa e respetiva família como únicas, com necessidades diferentes e tempos de aprendizagem diferentes e associarmos as grandes áreas geográficas a percorrer entre cada uma delas, será o número sete o ideal/justo/adequado a todas as ECCI's? Certo é, que embora as necessidades da população sejam mais que muitas, apenas algumas das situações chegam até à ECCI uma vez que é necessário um encaminhamento prévio por parte dos médicos dos centros de saúde

correspondentes ou das equipas de gestão de altas dos hospitais de referência (OE, 2009). No entanto, da experiência vivenciada neste estágio constato que os encaminhamentos são mais que os sete recomendados pela OE. Esta questão levanta uma problemática de gestão de prioridades e recursos que nesta realidade em particular é resolvida com a divisão dos casos clínicos entre enfermeira especialista em reabilitação e fisioterapeuta. Numa primeira instância pareceu-me uma forma justa de gerir os cuidados e de não prejudicar qualquer pessoa que deles necessitasse. Contudo, numa segunda reflexão pergunto-me se essa é a medida correta. Considero que não, uma vez que são profissões complementares e não substitutas onde as competências são diferentes.

O fisioterapeuta centra-se

na análise e avaliação do movimento e da postura, baseadas na estrutura e função do corpo, utilizando modalidades educativas e terapêuticas específicas, com base, essencialmente, no movimento, nas terapias manipulativas e em meios físicos e naturais, com a finalidade de promoção da saúde e prevenção da doença, da deficiência, de incapacidade e da inadaptação e de tratar, habilitar ou reabilitar indivíduos com disfunções de natureza física, mental, de desenvolvimento ou outras, incluindo a dor, com o objetivo de os ajudar a atingir a máxima funcionalidade e qualidade de vida ([*Dec- Lei n.º 261/93 de 24 de julho*](#))

Já a intervenção do EEER assenta em três domínios de competência (Cuidar, Capacitar e Maximizar), procurando identificar necessidades, funcionalidade, potencialidades e capacidades da pessoa e respetiva família/comunidade com vista à sua reeducação e/ou readaptação, bem como reintegração social.

visa promover o diagnóstico precoce e ações preventivas de enfermagem de reabilitação, de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais dos clientes, prevenir complicações e evitar incapacidades, assim como proporcionar intervenções terapêuticas que visam melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas actividades de vida, e minimizar o impacto das incapacidades instaladas (quer por doença ou acidente) (...) para tal, utiliza técnicas específicas de reabilitação e intervém na educação dos clientes e pessoas significativas, no planeamento da alta, na continuidade dos cuidados e na reintegração das pessoas na família e na comunidade, proporcionando-lhes assim, o direito à dignidade e à qualidade de vida (OE, 2010b, p.1).

Julgo que a visão que ambos os profissionais têm sobre uma mesma situação é certamente diferente, complementar e que cada pessoa beneficiaria da avaliação e intervenção de ambos. Tal como considero que não se pode cuidar uma pessoa pela soma das suas partes, também acredito que a reabilitação não pode ser uma soma da intervenção e resultados das várias disciplinas/profissões. Creio que a avaliação e intervenção do EEER deve ser inserida no trabalho de uma equipa interdisciplinar que define “objetivos e procedimentos a adotar e tem um resultado global superior à «soma» dos resultados de cada disciplina, porque estes se potenciam mutuamente” (Branco, 2017, p. 29).

Apesar de saber que não é a solução ideal, compreendo que seja a alternativa menos prejudicial à comunidade em questão. Quando me deparar com estes mesmos dilemas na minha prática clínica futura, espero ser capaz de encontrar o caminho mais fiel a estas noções.

APÊNDICE VII

Poster “A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Reabilitação na Comunicação Não-Verbal à Pessoa com Lesão Cerebral”

[illegible]

APÊNDICE VIII

Norma de procedimento: Comunicação não-verbal com e na pessoa com lesão cerebral com linguagem comprometida

	NORMA DE PROCEDIMENTO CÓDIGO DO SERVIÇO/UNIDADE – 3XXX	POL. Nº 0XXX ou NPG Nº 1XXX ou NOC Nº 2XXX
--	---	--

APROVAÇÃO

ASSUNTO:	Comunicação não-verbal com e na pessoa com lesão cerebral com linguagem comprometida
FINALIDADE:	Promover a participação da pessoa com lesão cerebral e comprometimento da linguagem no planeamento e prestação de cuidados centrados na mesma através de uma comunicação eficaz
DESTINATÁRIOS:	Enfermeiros do Serviço de Neurocirurgia
PALAVRAS-CHAVE:	Lesão Cerebral; linguagem não-verbal; comunicação não-verbal

Autor (es)	Filipa Cristina Pinto Santos	Data de Elaboração	
Verificação CQSD		Data de Verificação	
Aprovação		Data de Aprovação	
Divulgação		Data de Divulgação	
Versão		Data de Revisão	

Título do Documento	Comunicação não-verbal com e na pessoa com lesão cerebral com linguagem comprometida	Versão	Pág. 1 de 9
---------------------	--	--------	-------------

CNV – Comunicação não-verbal

DGS – Direção Geral de Saúde

INTRODUÇÃO

No Serviço de Neurocirurgia do [REDACTED] é elevada a incidência de distúrbios comunicacionais tanto por lesões vasculares, como por traumatismo crânio-encefálico ou traqueostomia. Esta realidade é corroborada pela literatura que nos diz que os principais distúrbios comunicacionais advêm de lesões vasculares, traumatismos crânio-encefálicos, tumores e síndromes demenciais (Caldas, 2017). Segundo Buhl (2015), Menoita, Sousa, Alvo e Marques-Vieira (2012) e Sousa (2005), o comprometimento da comunicação acarreta graves consequências para quem o sofre, nomeadamente uma dificuldade na integração familiar, profissional e social; pior qualidade de vida; estados de fúria e depressão pela frustração de não ser compreendido e uma diminuição na participação na reabilitação. Nestas situações a comunicação não-verbal (CNV) assume um papel preponderante na eficácia do processo comunicacional uma vez que *“abrange cerca de 93% das possibilidades de expressão, em um contexto de interação social, manifestando-se em 38% das oportunidades por sinais paralinguísticos, tais como a entoação de voz, os grunhidos, os ruídos vocálicos de hesitação, a pronúncia, a tosse e o suspiro provocados por tensão; e, em 55%, pelos sinais silenciosos do corpo, como os gestos, o olhar, a postura, a expressão facial, assim como as próprias características físicas, que individualizam o indivíduo dentro do seu contexto específico”* (Ramos & Bortagarai, 2012). Estabrooks & Holland (1998, p. 21 e 22), citados por Sousa (2005) referem inclusivamente que *“indivíduos com perturbações cognitivas básicas deveriam ser tratados não-verbalmente de modo a criar alicerces suficientes a um tratamento orientador da linguagem e estratégias comunicacionais”*.

Na prática do serviço de Neurocirurgia os enfermeiros estão já sensibilizados para a CNV com estas pessoas embora não o façam de forma orientada, sistematizada e com evidência disso nos seus registos tendo esta norma o objetivo de promover o cuidado de enfermagem centrado na pessoa (com lesão cerebral) através de uma comunicação eficaz.

CONCEITOS

Linguagem

“é o sistema de sinais simbólicos utilizados por uma pessoa para comunicar com outras e é composto por discurso expressivo (produção) e recetivo (compreensão)” (Boss & Wilkerson, 2011, p.525). Vários são os processos inerentes à sua eficácia, nomeadamente o desenvolvimento de pensamentos; a seleção, formulação e ordenação de palavras; a aplicação de regras gramaticais; e a iniciação de movimentos musculares. Quando um ou mais destes processos estão comprometidos surge a afasia.

Afasia

“é a “perda total ou parcial das capacidades de linguagem (expressão, compreensão, leitura e escrita)” (DGS, 2010, p.115), “que resulta de uma lesão cerebral, localizada nas estruturas que se supõem estar envolvidas no processamento da linguagem” (Caldas, 2000), “independentemente do tipo e severidade” (Menoita et al., 2012).

Comunicação

Significa *“«pôr em comum», «entrar em relação com», «partilhar ideias, emoções, cultura, etc)” (Sequeira, 2016, p.2).* Segundo Sequeira (2016) a comunicação comporta três dimensões:

- Sintaxe - transmissão da informação;
- Semântica – significado da informação;
- Pragmática – efeitos comportamentais da comunicação, englobando, além da linguagem verbal, *“postura, gestos, expressão facial, inflexão de voz, sequência, ritmo, cadência das próprias palavras” (Sequeira, 2016, p.11).*

A comunicação, tal como a linguagem, pode ser verbal ou não-verbal. Consoante a área lesada, assim se espera maior potencial de comunicação verbal (se hemisfério direito lesado) ou não-verbal (se hemisfério esquerdo lesado). Segundo a classificação adaptada de Knapp (1980) a CNV assume quatro sistemas:

- Proxémica – relaciona-se com o uso do espaço pelo homem, onde a distância entre este e outro revelam o grau de intimidade/proximidade entre ambos.
- Tacésica – comumente designada pela linguagem do toque, onde se inclui a velocidade de aproximação, bem como a duração, a intensidade, frequência do toque e sensação provocada.
- Fatores do meio ambiente – disposição dos objetos no espaço que podem revelar de forma inconsciente (ou não) mensagens implícitas.

- Cinésia – linguagem/movimento do corpo, na qual se incluem gestos, movimentos de membros e da cabeça, expressões faciais e postura do corpo.

DESCRIÇÃO

A avaliação da comunicação pressupõe:

- Que seja realizada, pelo enfermeiro responsável, a todas as pessoas com patologias que possam provocar a sua alteração.
- Que seja realizada no acolhimento e em SOS.
- Que seja classificada como: comprometida ou não comprometida, devendo ser especificado o motivo, por exemplo, “comunicação comprometida por afasia de Broca”;

O procedimento de avaliação e respetivo planeamento de cuidados deve respeitar as seguintes etapas:

1. Identificar área cerebral lesada;
2. Avaliar estado de consciência;
3. Avaliar a origem da comunicação comprometida (ex.: Afasia, traqueostomia, depressão do estado de consciência...);
4. Em caso de afasia identificá-la respeitando o seguinte quadro de análise:

Tipo de afasia	Fluência	Compreensão	Nomeação	Repetição
Broca	Não-fluente	Normal	Perturbada	Perturbada
Wernicke	Fluente	Perturbada	Perturbada	Perturbada
Condução	Fluente	Normal	Perturbada	Perturbada
Anômica	Fluente	Normal	Perturbada	Normal
Transcortical sensorial	Fluente	Perturbada	Perturbada	Normal
Transcortical motora	Não-fluente	Normal	Perturbada	Normal
Transcortical mista	Não-fluente	Perturbada	Perturbada	Normal
Global	Não-fluente	Perturbada	Perturbada	Perturbada
Surdez verbal pura	Fluente	Perturbada	Perturbada	Perturbada

(Fonte: Caldas, 2000, p.175)

5. Avaliar potencial de CNV:

	Percepção	Produção
Fraca		
Elevada		

6. Em caso de potencial de CNV, identificar sistemas de comunicação presentes:

- Proxémica;
- Tacésica;
- Fatores do meio ambiente;
- Cinésia;
- Silêncio/contacto visual.

7. Identificar outras barreiras comunicacionais;

8. Planear intervenções, sem horário:

- Incentivar comunicação (especificar sistemas de comunicação incentivados);
- Optimizar comunicação (especificar consoante origem do problema comunicacional e dos sistemas de comunicação percecionados pela pessoa).

Comunicação comprometida por...	Especificações possíveis	
	Incentivar comunicação	Optimizar comunicação
... depressão do estado de consciência		Utilizar paralinguagem, tacésica, meio ambiente e entoação afetiva como estratégias comunicacionais.
... idioma/traqueostomia	Incentivar uso de outros sistemas de comunicação consoante avaliação do estado de consciência e de afasia.	Utilizar tradutor, sistema de comunicação por imagens; sistema de comunicação através de escrita.
... afasia de Broca	Incentivar o uso de números, pantomima, gestos icónicos e deíctica	Utilizar sistema de comunicação por imagens referenciais e metafóricas; Dar tempo de resposta não-verbal.
... afasia de Wernicke	Incentivar o uso de gestos icónicos e deíctica	Utilizar sistema de comunicação por imagens referenciais e metafóricas.

... afasia de condução	Incentivar uso de gestos icónicos.	Utilizar sistema de comunicação por imagens referenciais e metafóricas.
... afasia transcortical motora	Incentivar o uso de deitica e gestos icónicos.	Utilizar proxémica; Utilizar sistema de comunicação por imagens referenciais e metafóricas; Dar tempo para a resposta.
... afasia anómica	Incentivar o uso de gestos icónicos.	Utilizar sistema de comunicação por imagens referenciais e metafóricas.
... afasia global	Incentivar o uso de deitica e emblemas; não valorizar pronúncia imperfeita ou erros; não interromper; encorajar frases curtas, incentivar a escrita e o uso de sistema de comunicação por imagens	Utilizar paralinguagem, sistema de comunicação por imagens, tacésica; Dar tempo para a pessoa se expressar; fornecer <i>feedback</i> positivo, criar códigos de comunicação; fornecer uma informação de cada vez

Estas intervenções devem estar associadas a medidas gerais:

Medidas gerais	Medidas específicas
Cumprimentar sempre a pessoa quando é abordada e chamá-la pelo nome.	
Estabelecer contato visual com a pessoa.	
Gerir ambiente físico.	Criar uma atmosfera relaxada e suportada; Eliminar fontes de distração; Evitar o aumento de tom de voz; Utilizar abordagem entusiasta.
Gerir comunicação.	Usar frases simples e curtas; Falar calmamente; Dar somente uma instrução simples ou fazer uma pergunta de cada vez;

	<p>Usar perguntas simples que exijam respostas simples;</p> <p>Explicar sempre de forma simplificada as intervenções executadas e objetivo destas;</p> <p>Usar a repetição palavra por palavra durante a execução de atividades;</p> <p>Negociar com a pessoa as atividades a realizar.</p>
Registrar respostas da pessoa para que se possa identificar medidas que influenciem e captem atenção dos mesmos, promovendo a sua participação.	Criar empatia com a pessoa demonstrando-lhe que a compreendemos, interpretando o seu comportamento.
Interagir através de contacto intenso e intencional baseado no toque, expressividade e paciência pela reação da pessoa.	<p>Utilizar comentários encorajadores;</p> <p>Combinar estratégias verbais e visuais, demonstrando as atividades;</p> <p>Utilizar o toque para guiar a pessoa a realizar uma atividade, o toque de conforto ou o toque para prender a sua atenção.</p>
Participar de forma parcial promovendo a participação da pessoa após o estabelecimento de uma comunicação eficaz	<p>Encorajar o uso da linguagem verbal, executando treino de vocabulário se possível;</p> <p>Usar canais de comunicação alternativos, como gestos ou quadros de comunicação.</p>
Adiar a comunicação se a pessoa está cansada ou aborrecida.	

REFERÊNCIAS

Boss, B. & Wilkerson, R. (2011). Comunicação: Linguagem e Pragmática. In S. Hoeman (Coord). *Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados* (pp. 525-550). Loures: Lusodidacta.

Buhl, I. & Pallesen, H. (2015). Early rehabilitation of patients with severe acquired brain injury: strategies to promote participation. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 22, 181-195. DOI: 10.3109/11038128.2015.1008567

Caldas, A. (2000). *A herança de Franz Joseph Gall: O cérebro ao serviço do comportamento humano*. Amadora: McGraw-Hill.

Caldas, A. (2017). Funções Cognitivas. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coords). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 139-143). Loures: Lusodidacta.

Direção Geral da Saúde (2010). *Acidente Vascular Cerebral. Itierários clínicos*. Lisboa: Lidel.

Ekman, P. (2003). *Emotions Revealed, Second Edition: Recognizing Faces and Feelings to Improve Communication and Emotional Life*. New York: Academy of Sciences.

Ferro, J. & Pimentel, J. (2006). *Neurologia: Princípios, Diagnóstico e Tratamento*. Lousã: Lidel.

Menoita, E., Sousa, L., Alvo, I. & Marques-Vieira, C. (2012). *Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência.

Ramos, A. & Bortagarai, F. (2012). A comunicação não-verbal na área da saúde. *Rev. CEFAC*, 14(1), 164-170. DOI: 10.1590/S1516-18462011005000067.

Rousseaux, M., Vérigneaux, C. & Kozłowski, O. (2010). An analysis of communication in conversation after severe traumatic brain injury. *European Journal of Neurology*, 17, 922-929. DOI: 10.1111/j.1468-1331.2009.02945.x.

Silva, L., Brasil, V., Guimarães, H., Savonitti, B. & Silva, M. (2000). Comunicação não-verbal: Reflexões acerca da linguagem corporal. *Rev. Latino-americana enfermagem*, 8(4), 52-58. Acedido em 24-03-2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n4/12384>

Sousa, P. (2005). Afasia – Como intervir? Acedido 05-04-2017. Disponível em: www.researchgate.net/publication/286382017

Sundin, K. & Jansson, L. (2003). Understanding and being understood as a creative caring phenomenon – in care of patients with stroke and aphasia. *Journal of Clinical Nursing*, 12, 107-116. DOI: 10.1046/j.1365-2702.2003.00676.x

ANEXOS

ANEXO I – Sistema de comunicação por imagens

APÊNDICE IX

Sistema de comunicação por imagens

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa



8º Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

Sistema de comunicação por Imagens



Enf.^a Filipa Santos
Novembro, 2017

Eu estou/Sinto-me...



Falta de ar



Frustrado



Triste



Doente



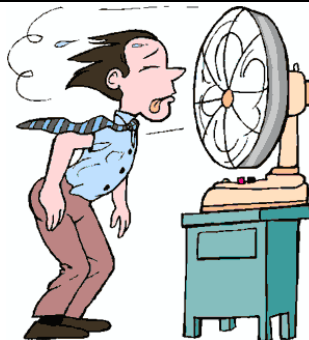
Fome



Sede



Frio



Calor



Cansado



Tonturas



Zangado

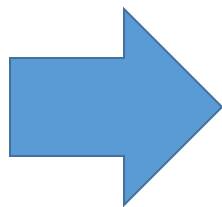


Medo

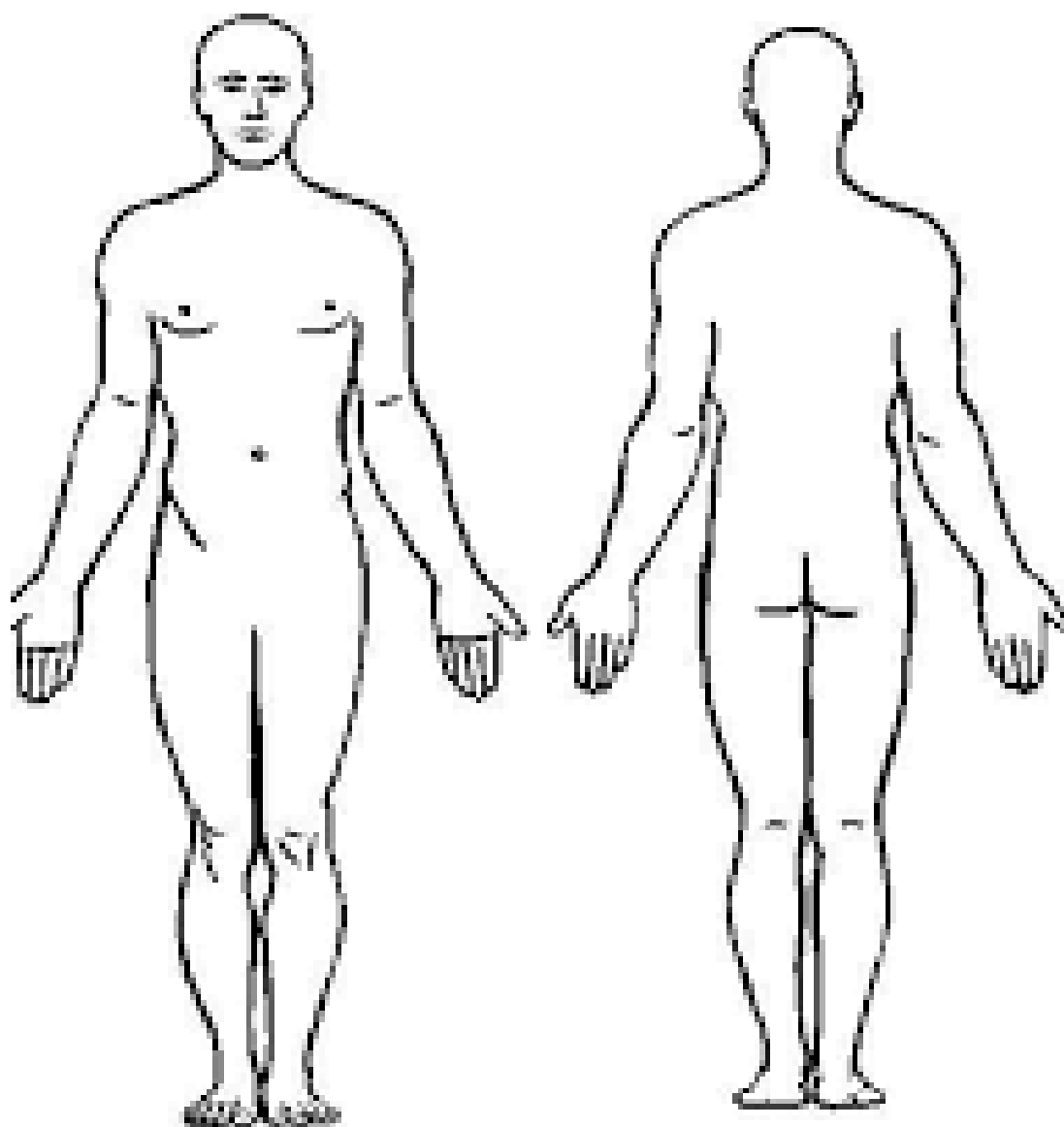
Eu tenho/Sinto...



Dor



Onde?





A	B	C	D	E	F	G	H	I	1	2	3
J	K	L	M	N	O	P	Q	R	4	5	6
S	T	U	V	W	X	Y	Z	.	7	8	9
‘	,	?	!	Espaço					+	0	-



1. OBRIGADO

2. THANK YOU

3. MERCI 4. DANKE

(1. Português; 2. Inglês; 3. Francês; 4. Alemão)

Eu quero...

		
Lavar mãos	Lavar dentes	Banho
		
Lavar cara	Pente/Escova	Fazer barba
		
Ligar/desligar luz	Óculos	Almofada
		
Wc	Urinal	Arrastadeira

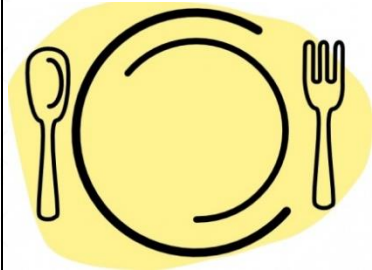
Eu quero...



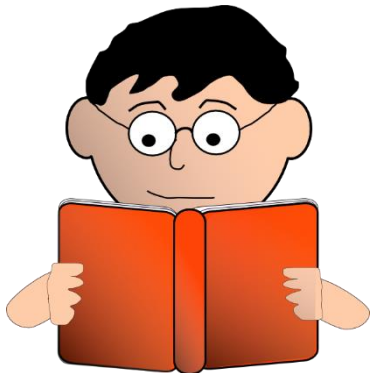
Água



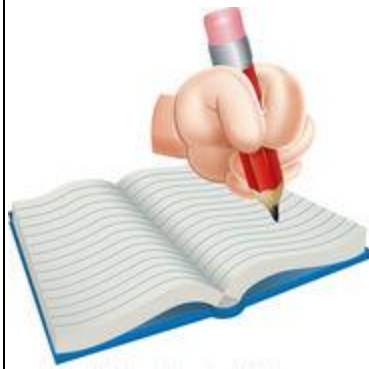
Gelo



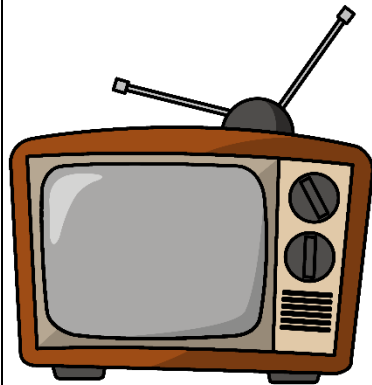
Comida



Ler



Escrever



Ver TV



Rezar

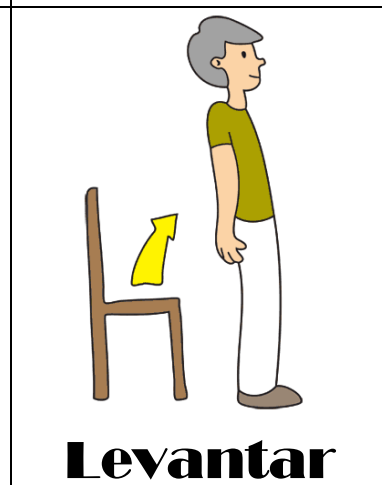
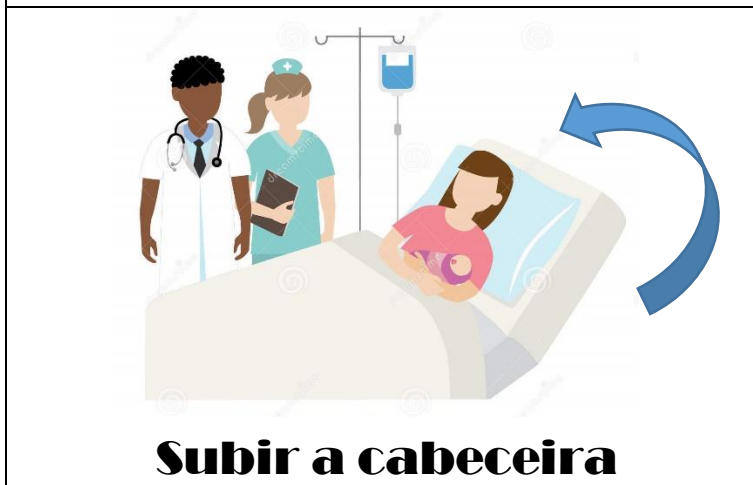
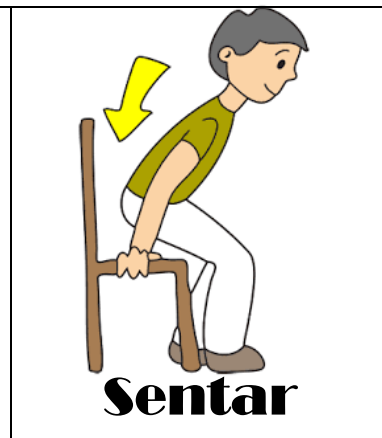


As horas



**Ouvir
música**

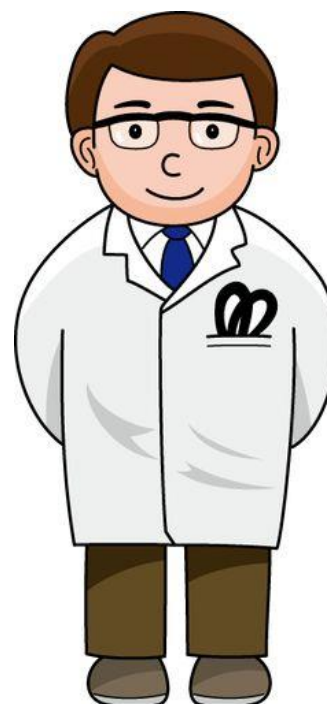
Eu quero...



Eu preciso falar/ver...



Enfermeira



Médico



Padre



Família

Fontes das imagens:

1. <https://www.google.pt/search?biw=1252&bih=576&tbm=isch&q=sim+n%C3%A3o&sa=X&ved=0ahUKEwjQgP6a1cvXAhVlWBQKHRzVA6EQhyYIKQ#imgsrc=6SbY7FItnsT3YM> :
2. https://www.google.pt/search?biw=1252&bih=576&tbm=isch&sa=1&ei=6QISWujZK8XwUuKEN6qL&q=obrigado&oq=obrigado&gs_l=psy-ab.3...10326.10682.0.10875.2.2.0.0.0.0.76.151.2.2.0...0...1..64.psy-ab..0.0.0...0.CeXqsosXJuM#imgsrc=1ivMDFZczS-AVM:
3. https://www.google.pt/search?biw=1252&bih=576&tbm=isch&sa=1&ei=QQMSWoCTJs_mqU5C0q4AK&q=shortness+of+breath&oq=shortness&gs_l=psy-ab.3.0.0i19k110.19758.23110.0.24631.10.10.0.0.0.117.998.4j6.10.0...0...1.1.64.psy-ab..0.10.993...0j0i67k1j0i10k1j0i30k1j0i30i19k1j0i13i5i30i19k1.0.8CtQ6MwrMwc#imgsrc=H4ZQ43jnNWED4M:
4. https://www.google.pt/search?biw=1252&bih=576&tbm=isch&sa=1&ei=gwMSWoyUM4XULiRpDA&q=frustrated+cartoon&oq=frustrated+cartoon&gs_l=psy-ab.3..0i19k110.2691.3962.0.4244.8.8.0.0.0.119.836.2j6.8.0...0...1..64.psy-ab..0.8.831...0.9T-nXb22Gc#imgsrc=sWcHG14D5VEMLM:
5. https://www.google.pt/search?biw=1252&bih=576&tbm=isch&sa=1&ei=ngMSWsGEBsyuUeu_m-AB&q=sad+cartoon&oq=sad+cartoon&gs_l=psy-ab.3..0l2j0i7i30k118.24993.26526.0.27292.9.9.0.0.0.160.938.4j5.9.0...0...1.1.64.psy-ab..0.9.935...0i19k1j0i7i30i19k1j0i7i5i30i19k1j0i8i7i30i19k1j0i67k1.0.8c-V6ThwvF8#imgsrc=tgNIVl2BtHc7oM:
6. https://www.google.pt/search?biw=1252&bih=576&tbm=isch&sa=1&ei=ugMSWp2OCof7Uu_hvRg&q=sick+cartoon&oq=sick+cartoon&gs_l=psy-ab.3..0j0i7i30k119.21622.24161.0.24662.7.7.0.0.0.138.776.1j6.7.0...0...1.1.64.psy-ab..0.7.769...0i13k1.0.bcEK5l36lS4#imgdii=qGY68fh6xdCuPM:&imgsrc=J-T7tY0PWYwJ0M:
7. https://www.google.pt/search?biw=1252&bih=576&tbm=isch&sa=1&ei=0wMSWvbcKMzSU_W_tkg&q=hungry+cartoon&oq=hungry+cartoon&gs_l=psy-ab.3..0i19k110.22606.26587.0.27143.16.12.4.0.0.175.1409.2j10.12.0...0...1.1.64.psy-ab..1.15.1348...0j0i7i30i19k1j0i13k1j0i7i30k1j0i67k1.0.OGeykvQ4Z2M#imgsrc=DJ3u-qz6D99AQM:
8. https://www.google.pt/search?biw=1252&bih=576&tbm=isch&sa=1&ei=7wMSWqrrLMS5UYPHovAO&q=sede+cartoon&oq=sede+cartoon&gs_l=psy-ab.3..0i7i30k113j0i8i7i30k1.40264.40584.0.41167.4.4.0.0.0.195.538.0j4.4.0...0...1..64.psy-ab..2.2.318...0i19k1j0i7i30i19k1.0.bKjLBljk-GE#imgsrc=kdwtAw2nniEuWM:
9. https://www.google.pt/search?biw=1252&bih=576&tbm=isch&sa=1&ei=GQQSWtznMsWKU9qDhlgH&q=frio+cartoon&oq=frio+cartoon&gs_l=psy-ab.3..0i30k1.22163.23356.0.24077.6.5.1.0.0.119.526.1j4.5.0...0...1.1.64.psy-ab..0.6.538...0i19k1j0i7i30i19k1j0i7i30k1j0i13k1.0.-S3GOB4ZCWA#imgsrc=lj5VmljtXaHH6M:
10. https://www.google.pt/search?biw=1252&bih=576&tbm=isch&sa=1&ei=bQUSWueREcH_UOStpng&q=tired+cartoon&oq=tired+cartoon&gs_l=psy-ab.3..0j0i7i30k119.29807.31632.0.31764.12.9.0.0.0.145.911.6j3.9.0...0...1.1.64.psy-ab..5.6.606...0i67k1j0i19k1j0i7i30i19k1.0.AadWqCfwb3c#imgsrc=1NnVdFLnp3r1MM:
11. https://www.google.pt/search?biw=1252&bih=576&tbm=isch&sa=1&ei=9AUSWoODGMjkUt2WghA&q=dizzy+cartoon&oq=dizzy+cartoon&gs_l=psy-ab.3..0i19k116j0i7i30i19k114.8875.27845.0.28358.10.10.0.0.0.126.1061.4j6.10.0...0...1.1.64.psy-ab..0.10.1050...0j0i8i13i30i19k1j0i67k1j0i7i30k1.0.wHmAurbDHkw#imgsrc=tmu6dG2ORN8kTM:
12. https://www.google.pt/search?biw=1252&bih=576&tbm=isch&sa=1&ei=NAYSWsiwlovUN-emlgl&q=angry+cartoon&oq=angry+cartoon&gs_l=psy-ab.3..0j0i7i30k119.6738.9147.0.10776.12.12.0.0.0.203.1224.8j3j1.12.0...0...1.1.64.psy-ab..0.10.1050...0j0i8i13i30i19k1j0i67k1j0i7i30k1.0.wHmAurbDHkw#imgsrc=tmu6dG2ORN8kTM:

- ab..0.10.1052...0i19k1j0i7i30i19k1j0i8i13i30i19k1j0i67k1j0i13k1.0.Y9lZB7rntyk#imgrc=XfcBBQsMDHFajM:
13. https://www.google.pt/search?biw=1252&bih=576&tbm=isch&sa=1&ei=QAYSWpq7A8W0UaOlm AN&q=medo+cartoon&oq=medo+cartoon&gs_l=psy-ab.3..0i30k1.20778.23346.0.23610.11.11.0.0.0.0.127.1243.2j9.11.0....0...1.1.64.psy-ab..0.11.1232...0j0i13k1j0i7i30k1j0i67k1j0i19k1j0i7i30i19k1.0.ci1eDhRCfus#imgrc=DYaddcsEiD_SyM:
 14. https://www.google.pt/search?biw=1252&bih=576&tbm=isch&sa=1&ei=dQYSWtOCN8L9UKehrlAH&q=pain+cartoon&oq=pain+cartoon&gs_l=psy-ab.3..0i19k1i7j0i7i30i19k1i3.27854.30140.0.30456.9.9.0.0.0.0.121.927.3j6.9.0....0...1.1.64.psy-ab..0.9.920...0j0i13k1j0i67k1j0i7i30k1.0.5AJAjqKRBy0#imgrc=uGtELTWSD-rHPM:
 15. https://www.google.pt/search?biw=1252&bih=576&tbm=isch&sa=1&ei=ywYSWsz0K4rTU7b4omA&q=corpo+cartoon&oq=corpo+cartoon&gs_l=psy-ab.3..0i8i30k1i3.13948.15428.0.16177.8.8.0.0.0.0.116.672.5j2.7.0....0...1.1.64.psy-ab..1.7.668...0j0i67k1j0i30k1j0i19k1j0i8i30i19k1.0.5C0pLUziNpY#imgdii=ngTYA4vT-OM0NM:&imgrc=Lsxueee01fhz-M:
 16. https://www.google.pt/search?biw=1252&bih=576&tbm=isch&sa=1&ei=3QYSWrvhAsHwUpaWl0g&q=escala+de+dor&oq=escala+de+dor&gs_l=psy-ab.3..0i9j0i8i30k1.31020.34606.0.34841.15.14.1.0.0.0.135.1245.9j4.13.0....0...1.1.64.psy-ab..1.13.1145...0i67k1.0.0a6TFdWbeSM#imgrc=zwg2-XUmZhTrwM:
 17. https://www.google.com/search?hl=pt-BR&biw=1525&bih=701&tbm=isch&sa=1&ei=ERYSWsm_JoSBUf2gmyA&q=lavar+as+m%C3%A3os+cartoon&oq=lavar+as+m%C3%A3os+cartoon&gs_l=psy-ab.3...1579.1579.0.2367.1.1.0.0.0.0.122.122.0j1.1.0....0...1.1.64.psy-ab..0.0.0....0.2KFVfPaRx0#imgrc=wG_IWiq-ZlRo3M:
 18. https://www.google.com/search?hl=pt-BR&biw=1047&bih=481&tbm=isch&sa=1&ei=FBYSWuGzLzWUbrLsRg&q=lavar+dentes+cartoon&oq=lavar+dentes+cartoon&gs_l=psy-ab.3...42447.47543.0.47826.22.18.4.0.0.0.163.1854.8j10.18.0....0...1.1.64.psy-ab..1.16.1269...0j0i19k1j0i7i30i19k1j0i7i10i30i19k1j0i67k1j0i7i30k1j0i13k1j0i13i30k1j0i13i5i30k1j0i8i13i30k1j0i8i30i19k1j0i7i5i30k1j0i30k1j0i8i30k1.0.NQnKJdRgclw#imgrc=kQXU9YdjB53EDM:
 19. https://www.google.com/search?hl=pt-BR&biw=979&bih=450&tbm=isch&sa=1&ei=URcSWtBEhOxStMqx8A4&q=lavar+dente+cartoon&oq=lavar+dente+cartoon&gs_l=psy-ab.3...110299.113035.0.113669.8.8.0.0.0.0.123.825.3j5.8.0....0...1.1.64.psy-ab..0.4.438...0j0i13k1j0i13i30k1j0i30k1.0.ljBuGcGqiYA#imgdii=GePAkA2SNG_hjM:&imgrc=a-FlpbXMqzA8uM:
 20. https://www.google.com/search?hl=pt-BR&biw=979&bih=450&tbm=isch&sa=1&ei=lxgSWomhA8PWUebRrMgK&q=lavar+a+cara+cartoon&oq=lavar+a+cara+cartoon&gs_l=psy-ab.3...19375.21392.0.21760.10.10.0.0.0.0.127.913.7j3.10.0....0...1.1.64.psy-ab..2.1.101...0i19k1.0.bbxGs43ln8#imgrc=PITqh9UqOlq4cM:
 21. https://www.google.com/search?hl=pt-BR&biw=979&bih=450&tbm=isch&sa=1&ei=ORgSWuSvIM6iUo3XndAP&q=pente+cartoon&oq=pente+cartoon&gs_l=psy-ab.3..0i7i30k1.27280.29402.0.30601.17.10.0.0.0.0.139.1026.5j5.10.0....0...1.1.64.psy-ab..11.5.570...0j0i67k1j0i19k1j0i7i30i19k1.0.PyLJyY9D5w#imgdii=J43nEAVKHd7ZCM:&imgrc=5mhKamWq6fYhXM:
 22. https://www.google.com/search?hl=pt-BR&biw=979&bih=450&tbm=isch&sa=1&ei=0BkSWq-jDsTcUc6oqcAP&q=fazer+a+barba+cartoon&oq=fazer+a+barba+cartoon&gs_l=psy-ab.3...7385.11183.0.11611.8.8.0.0.0.0.104.731.5j3.8.0....0...1..64.psy-ab..0.4.378...0j0i30k1https://www.google.com/search?hl=pt-BR&biw=979&bih=450&tbm=isch&sa=1&ei=0BkSWq-jDsTcUc6oqcAP&q=fazer+a+barba+cartoon&oq=fazer+a+barba+cartoon&gs_l=psy-

- ab.3...7385.11183.0.11611.8.8.0.0.0.0.104.731.5j3.8.0....0...1..64.psy-
ab..0.4.378...0j0i30k1j0i5i30k1j0i8i30k1j0i24k1.0.clydXAsDAo#imgdii=v-
twjtYPzETULM:&imgrc=enm48-
9s34 zaM:j0i5i30k1j0i8i30k1j0i24k1.0.clydXAsDAo#imgdii=v-
twjtYPzETULM:&imgrc=enm48-9s34 zaM:
23. https://www.google.com/search?hl=pt-BR&biw=1138&bih=523&tbm=isch&sa=1&ei=DRoSWqepJLLjU9P3hKAM&q=glasses+cartoon&oq=glasses+cartoon&gs_l=psy-ab.3...66359.69591.0.69838.12.12.0.0.0.0.133.1209.5j7.12.0....0...1.1.64.psy-ab..0.9.943...0j0i13k1j0i13i30k1j0i13i5i30k1j0i19k1j0i7i30i19k1j0i8i30i19k1j0i67k1j0i7i30k1.0.YfPJqDWUL28#imgrc=CdHp-4HZJiNG0M
24. https://www.google.com/search?hl=pt-BR&biw=1138&bih=523&tbm=isch&sa=1&ei=VBoSWrPTDMT7UtCelNgP&q=pillow+cartoon&oq=pillow+cartoon&gs_l=psy-ab.3..0j0i7i30k1i4j0i30k1i3j0i5i30k1i2.32578.38118.0.38494.17.13.4.0.0.0.260.1630.3j9j1.13.0....0...1.1.64.psy-ab..0.17.1673...0i13k1j0i10i19k1j0i7i30i19k1j0i7i10i30i19k1j0i7i10i30k1j0i8i7i30k1j0i67k1j0i19k1.0.oc6PtIY1oKw#imgrc=e-Gi_Bo0-X87VM
25. https://www.google.com/search?hl=pt-BR&biw=1138&bih=523&tbm=isch&sa=1&ei=exoSWsWWIcG7UZegnEq&q=wc+cartoon&oq=wc+cartoon&gs_l=psy-ab.3..0i19k1j0i7i30i19k1i2.27448.27514.0.27890.2.2.0.0.0.0.117.213.1j1.2.0....0...1.1.64.psy-ab..1.1.117....0.V2w61wBnZnM#imgrc=LEjgQScUpL1OoM
26. https://www.google.pt/search?hl=pt-PT&tbm=isch&source=hp&biw=1252&bih=576&ei=uhoSWq-qD8WaU8eohsgK&q=silencio+cartoon&oq=silencio+cartoon&gs_l=img.3...2971.8504.0.8831.12.12.0.0.0.0.99.951.11.11.0....0...1.1.64.img..1.9.795.0..0j35i39k1j0i19k1j0i30i19k1j0i5i30i19k1j0i5i30k1j0i30k1j0i8i30k1.0.raAMWYfVYXY#imgrc=yckO2Xwmvj0ECM
27. https://www.google.pt/search?q=water+cartoon&hl=pt-PT&tbm=isch&tbs=rimg:CUAUHfXwc6isIjh2CjXb49SPm2JgMmuZl5eGUreCZLMSe0Qw8ctx1PtHhFX1LEds_14ZEAw67Wo69L1t8qXnBPiI-0yoSCXYKNdvj1I-bEfFNRE9qyWd-KhIJYmAya5mX4YRQJySqJofjhkqEglSt4JksxJ7RBF5HZkHvwxWsioSCTDxy3HU-0eEEXEziKYCwgUzKhIJVfUsR2z_1hkQRu5VNfSnZPfoqEgkDDrtajr0vWxHhq7UYN-mGhSoSCXypecE-lj7TETNjpeSKmrIY&tbo=u&sa=X&ved=0ahUKEwiCs9607MvXAhXE vBQKHWRIC0YQ9C8IHw&biw=1252&bih=576&dpr=1.09#imgrc=Cag4oMGNiYbQAM
28. https://www.google.pt/search?hl=pt-PT&biw=1252&bih=576&tbm=isch&sa=1&ei=JhsSWuDeJsizUN2hgYAB&q=gelo+cartoon&oq=gelo+cartoon&gs_l=psy-ab.3..0i19k1j0i8i7i30i19k1j0i5i30i19k1.38969.39627.0.39993.4.4.0.0.0.0.119.403.2j2.4.0....0...1.1.64.psy-ab..0.4.399...0i7i30i19k1j0i7i30k1j0i7i5i30i19k1.0.9VSHCzJDMRk#imgrc=gOQcN-KbIRleUM
29. https://www.google.pt/search?hl=pt-PT&biw=1138&bih=523&tbm=isch&sa=1&ei=TxSsWuObJ4jTUdqMqCA&q=comida+cartoon&oq=comida+cartoon&gs_l=psy-ab.3..0.31269.33208.0.33340.10.10.0.0.0.0.105.986.5j5.10.0....0...1.1.64.psy-ab..0.9.875...0i8i30k1j0i7i30k1j0i30k1j0i67k1j0i19k1j0i7i30i19k1j0i5i30i19k1j0i8i30i19k1j0i13k1.0.DJzqwxTABP0#imgrc=G7Pj6Yv27byfEM
30. https://www.google.pt/search?hl=pt-PT&biw=1138&bih=523&tbm=isch&sa=1&ei=khsSWtjBDojaUcnCqjA&q=read+cartoon&oq=read+cartoon&gs_l=psy-ab.3..0i19k1i3j0i7i30i19k1i7.4700.5068.0.5597.4.4.0.0.0.0.151.481.2j2.4.0....0...1..64.psy-ab..2.2.288....0.mJ5HDjUSrlw#imgrc=6CQYnSMNgPRSQM
31. https://www.google.pt/search?hl=pt-PT&biw=1138&bih=523&tbm=isch&sa=1&ei=mBsSWrmFKMSOU53sgjg&q=write+cartoon&oq=write+cartoon&gs_l=psy-ab.3..0i19k1i3j0i7i30i19k1i7.4700.5068.0.5597.4.4.0.0.0.0.151.481.2j2.4.0....0...1..64.psy-ab..2.2.288....0.mJ5HDjUSrlw#imgrc=6CQYnSMNgPRSQM

- on&oq=write+cartoon&gs_l=psy-
ab.3.0.0i19k1l2j0i7i30i19k1l4j0i7i5i30i19k1l3j0i7i5i10i30i19k1.24551.26301.0.28711.7.7
.0.0.0.0.116.717.2j5.7.0....0...1.1.64.psy-
ab..0.7.711...0j0i67k1j0i7i30k1.0.XOTLbkf_ptE#imgrc=FCv3ZNf9j-26XM:
32. https://www.google.pt/search?hl=pt-
PT&biw=1138&bih=523&tbm=isch&sa=1&ei=thsSWs6GB4v8UrfUkoAO&q=tv+cartoon&
oq=tv+cartoon&gs_l=psy-
ab.3..0j0i7i30k1l9.41094.41332.0.41649.2.2.0.0.0.0.101.179.1j1.2.0....0...1..64.psy-
ab..0.2.178...0i19k1j0i7i30i19k1.0.aZO-Cke1cRk#imgrc=vcCRwYlxM6uX2M:
33. https://www.google.pt/search?hl=pt-
PT&biw=1138&bih=523&tbm=isch&sa=1&ei=4BsSWqH8HYrXUdbP uQg&q=prayer+car
toon&oq=prayer+cartoon&gs_l=psy-
ab.3..0i19k1l4j0i7i30i19k1l2j0i7i5i30i19k1j0i30i19k1j0i5i30i19k1l2.57378.59176.0.5992
4.8.8.0.0.0.0.114.821.3j5.8.0....0...1.1.64.psy-
ab..0.8.813...0j0i67k1j0i7i30k1.0.yfKxa82Y9Do#imgrc=vt4y-bu3RYJzEM:
34. https://www.google.pt/search?hl=pt-
PT&biw=1138&bih=523&tbm=isch&sa=1&ei=QBwSWq78CMfiUYO9taAH&q=rel%C3%
B3gio+cartoon&oq=rel%C3%B3gio+cartoon&gs_l=psy-
ab.3..0i30k1.3553.4131.0.4395.4.4.0.0.0.0.112.402.2j2.4.0....0...1..64.psy-
ab..0.4.398...0i13k1j0i13i30k1j0i13i5i30k1j0i8i13i30k1j0i7i30k1.0.5zf1zZO48B8#imgrc=i
14xTY_TRHBwsM:
35. https://www.google.pt/search?hl=pt-
PT&biw=1138&bih=523&tbm=isch&sa=1&ei=bhwSWvCQJ8SwUaaxuNgP&q=m%C3%
BAAsica+cartoon&oq=m%C3%BAAsica+cartoon&gs_l=psy-
ab.3..0i24k1.9822.9978.0.10203.2.2.0.0.0.0.94.168.2.2.0....0...1.1.64.psy-
ab..0.2.168....0.H1de1bhWids#imgrc=TEcNrcrRZBTuLM:
36. https://www.google.pt/search?hl=pt-
PT&biw=1138&bih=523&tbm=isch&sa=1&ei=rBwSWsrPFciaU7uTr9gE&q=cama+hospit
al+cartoon&oq=cama+hospital+cartoon&gs_l=psy-
ab.3...7962.13541.0.14049.17.15.2.0.0.0.145.1428.11j4.15.0....0...1.1.64.psy-
ab..0.3.302...0i19k1j0i7i30i19k1.0.v2KGRIQMw4M#imgrc=JQj24gHAKkL5aM:
37. https://www.google.pt/search?hl=pt-
PT&biw=1138&bih=523&tbm=isch&sa=1&ei=TB0SWoWMDoHeUMGYI_AK&q=sentar-
se+cartoon&oq=sentar-se+cartoon&gs_l=psy-
ab.3...37715.38028.0.38435.3.3.0.0.0.0.112.284.2j1.3.0....0...1..64.psy-
ab..0.0.0....0.gbPLD2etj8Y#imgdii=JvEAsbvsqHYc2M:&imgrc=wZk2L6lHirTeBM:
38. https://www.google.pt/search?hl=pt-
PT&biw=1138&bih=523&tbm=isch&sa=1&ei=ER4SWpu2OsnWa8eAr6AD&q=sleep+car
toon&oq=sleep+cartoon&gs_l=psy-
ab.3..0i19k1l10.12927.13574.0.13816.5.5.0.0.0.0.115.536.1j4.5.0....0...1.1.64.psy-
ab..0.5.532...0i7i30i19k1j0i7i30k1.0.fdoOkElTzTc#imgrc=3GFQEGXE77cHAM:
39. https://www.google.pt/search?hl=pt-
PT&biw=1138&bih=523&tbm=isch&sa=1&ei=IB4SWvfnl8XxUu2vodgD&q=dec%C3%B
Abito+lateral+cartoon&oq=dec%C3%BAbito+lateral+cartoon&gs_l=psy-
ab.3...29164.33618.0.34789.16.16.0.0.0.0.118.1355.15j1.16.0....0...1.1.64.psy-
ab..0.3.289...0i19k1j0i7i30i19k1j0i7i30k1.0.KmOb3yRNrD0#imgrc=KX3oR3F9upkL3M:
40. https://www.google.pt/search?hl=pt-
PT&tbm=isch&q=enfermeira+cartoon&spell=1&sa=X&ved=0ahUKEwjGyvHI78vXAhVF
XBoKHc9iA2cQBQgjKAA&biw=1138&bih=523&dpr=1.2#imgrc=iaZqz vusjfK UNM:
41. https://www.google.pt/search?hl=pt-
PT&biw=1366&bih=628&tbm=isch&sa=1&ei=dh4SWrq3CYrZad7_jrgM&q=m%C3%A9d
ico+cartoon&oq=m%C3%A9dico+cartoon&gs_l=psy-
ab.3..0.17043.18338.0.18765.6.6.0.0.0.0.162.628.2j4.6.0....0...1.1.64.psy-
ab..1.5.539...0i19k1j0i7i30i19k1j0i7i30k1j0i13k1.0.cs_mvKDlWdE#imgrc=rOQlw6V2DO
gMuM:
42. https://www.google.pt/search?hl=pt-
PT&biw=1366&bih=628&tbm=isch&sa=1&ei=th4SWrSQMcntaNLXq-

- AN&q=family+cartoon+images&oq=fam+cartoon&gs_l=psy-
ab.3.1.0i7i30i19k1i10.13242.13924.0.16250.4.4.0.0.0.120.364.2j2.4.0....0...1.1.64.psy-
-ab..0.2.227...0i13k1j0i13i30k1.0.k7ngO6bHDH4#imgrc=zJx2B1Pm13U CM:
43. https://www.google.pt/search?hl=pt-
PT&biw=1366&bih=628&tbm=isch&sa=1&ei=6x4SWuz Plzda4KgtZgG&q=padre+carto
on&oq=padre+cartoon&gs_l=psy-
ab.3..0i19k1j0i8i30i19k1i2.2479.4599.0.4851.10.10.0.0.0.117.878.5j4.9.0....0...1.1.64.
psy-
ab..1.9.870...0j0i5i30k1j0i8i30k1j0i30k1j0i67k1j0i13k1j0i13i30k1j0i8i13i30k1.0.4bs7Pv2
KCUE#imgrc=OGYGylOpr8zDyM:
44. https://www.google.pt/search?hl=pt-
PT&biw=1366&bih=628&tbm=isch&sa=1&ei=8R4SWpmnK8a3acOYvtgO&q=comunica
%C3%A7%C3%A3o+n%C3%A3o+verbal&oq=comunica&gs_l=psy-
ab.3.3.0l8j0i67k1j0.23151.25359.0.27158.11.11.0.0.0.111.932.8j2.11.0....0...1.1.64.ps
y-ab..0.10.927.0...72.34 Bc3-HBjl#imgrc=8WY1RSJWL8zluM:
45. https://www.google.pt/search?hl=pt-
PT&biw=1366&bih=628&tbm=isch&sa=1&ei=3x8SWrC0OIKeaO WppAl&q=arrastadeir
a+e+urinol&oq=arrastadeira+e+urinol&gs_l=psy-
ab.3...4759.6039.0.6235.9.9.0.0.0.171.834.7j2.9.0....0...1.1.64.psy-
ab..0.0.0....0.6SQ6wpOjPos#imgrc=6zC7jtuVjxAFAM:
46. https://www.google.pt/search?hl=pt-
PT&biw=1366&bih=628&tbm=isch&sa=1&ei=3x8SWrC0OIKeaO WppAl&q=arrastadeir
a+e+urinol&oq=arrastadeira+e+urinol&gs_l=psy-
ab.3...4759.6039.0.6235.9.9.0.0.0.171.834.7j2.9.0....0...1.1.64.psy-
ab..0.0.0....0.6SQ6wpOjPos#imgrc=Bdv23Qdy6Ysc M:

APÊNDICE X

Registo da CNV da pessoa submetida ao PEM

RESPOSTA NÃO-VERBAL À ESTIMULAÇÃO MULTISSENSÓRIA

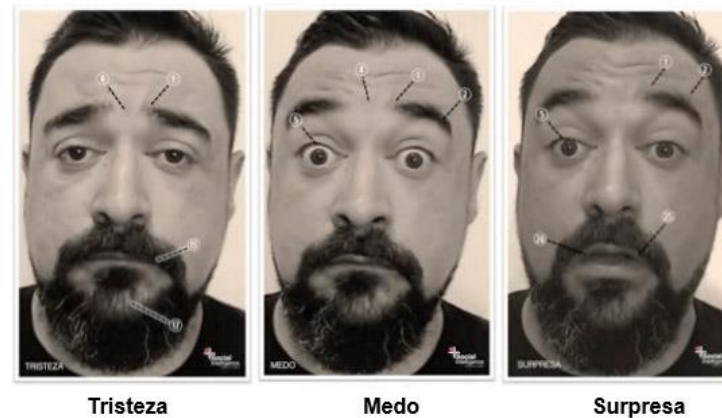
[illegible]

LEGENDA:

1. Proxêmica – assinalar se existe distanciamento ou não por parte da pessoa;
2. Tacésica – se existir toque, descrevê-lo quanto à sua velocidade de aproximação, duração, intensidade e frequência;
3. Cinésica – identificar qual das quatro tipologias de cinésica e explicitá-las:
 - Gestos – batidas, apontar;
 - Movimentos – cabeça, lábios, membros superiores, mãos, membros inferiores, pés, abertura de olhos, dirigir olhar, pestanejar;
 - Postura corporal – relaxada, tensa;
 - Expressões faciais – felicidade, desprezo, nojo, raiva, tristeza, medo, surpresa.
4. Paralinguagem – vocalizações, bocejos, suspiro.

Expressões faciais possíveis:

Fonte: <http://dhuma.com.br/cpme-certificado-practitioner-em-micro-expressoes/>



APÊNDICE XI

Monitorização da CNV durante a interação Enfermeiro-Pessoa

8º Curso de Mestrado em Enfermagem Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação
Instrumento de avaliação e registo da comunicação não-verbal

Identificação da pessoa	Diagnóstico	Alterações da comunicação	Sistemas de comunicação utilizados pela pessoa	Sistemas de comunicação utilizados pelos enfermeiros	Registos de enfermagem sobre a comunicação
E.S. 77anos Sexo feminino	Glioblastoma	Afasia transcortical motora com ecolália	Expressão facial Contacto ocular Toque	Contacto visual Toque	Comunicação expressiva
A.S. 53 anos Sexo masculino	Hematoma sub-aracnoideu por aneurisma sacular da carótida interna esquerda	Afasia de expressão	Expressão facial Contacto ocular Toque Movimentos do corpo	Contacto visual Toque	Ausentes
M.T. Sexo feminino		Afasia global	Contacto ocular Movimentos corporais	Contacto visual Toque	Ausentes
L.F.A. 65 anos Sexo masculino	Hematoma intraparenquimatoso à direita	Score 8 (Escala de Coma de Glasgow) + traqueostomia	Toque Contacto ocular Movimentos corporais Pouca expressividade facial	Contacto visual Toque	Referência a vocalizações/início de verbalização com clampagem de traqueostomia
S.S. 71 anos Sexo masculino	Hematoma subdural fronto temporal homolateral	Afasia de expressão	Expressão facial Toque Movimentos corporais Contacto ocular	Contacto visual Toque	Ausentes

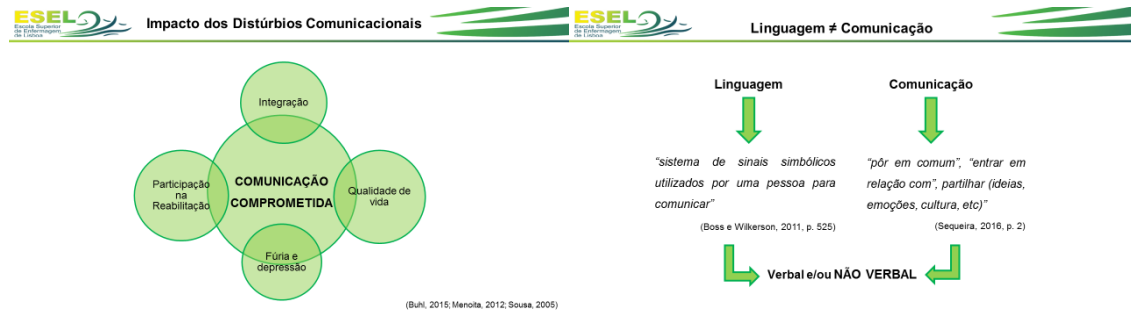
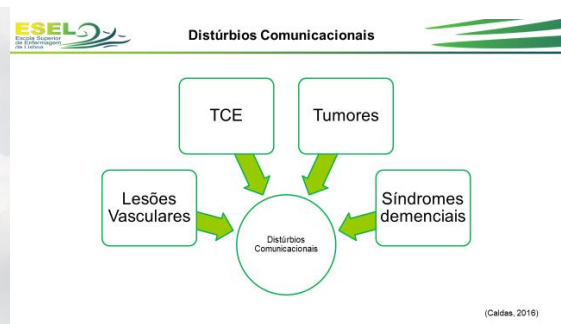
APÊNDICE XII

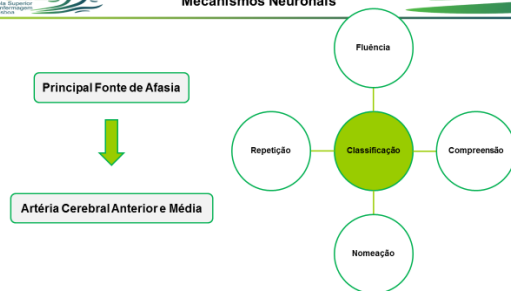
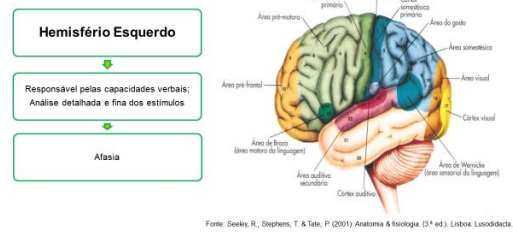
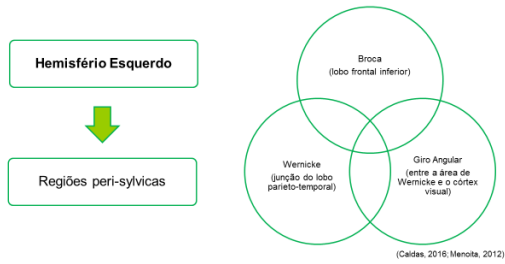
Ação de formação intitulada “Comunicação Não-Verbal – Contributos da
Intervenção de Enfermagem”



SUMÁRIO

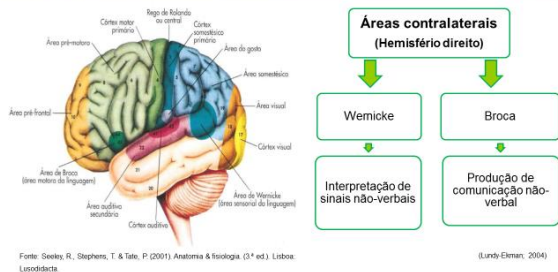
1. Introdução
2. Linguagem
 - 2.1. Linguagem e os seus processos
 - 2.2. Mecanismos neuronais
 - 2.3. Classificação dos quadros de afasias
 - 2.4. Pensamentos
3. Comunicação
 - 3.1. Comunicação e suas dimensões
 - 3.2. Emoções
 - 3.3. Sentimentos
 - 3.4. Expressões faciais
4. Comunicação Não-verbal
 - 4.1. Sistemas de comunicação não-verbal
 - 4.2. Avaliação da comunicação não-verbal
 - 4.3. Estratégias gerais
 - 4.4. A Intervenção do Enfermeiro
5. Considerações Finais
6. Referências Bibliográficas



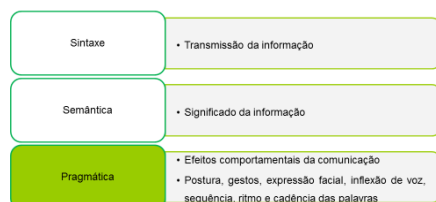
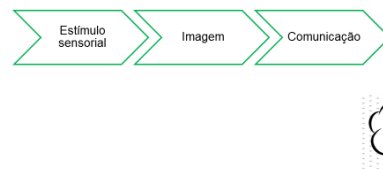


Tipo de afasia	Fluência	Compreensão	Nomeação	Repetição
Broca	Não-fluente	Normal	Perturbada	Perturbada
Wernicke	Fluente	Perturbada	Perturbada	Perturbada
Condução	Fluente	Normal	Perturbada	Perturbada
Anômica	Fluente	Normal	Perturbada	Normal
Transcortical sensorial	Fluente	Perturbada	Perturbada	Normal
Transcortical motora	Não-fluente	Normal	Perturbada	Normal
Transcortical mista	Não-fluente	Perturbada	Perturbada	Normal
Global	Não-fluente	Perturbada	Perturbada	Perturbada
Surdez verbal pura	Fluente	Perturbada	Perturbada	Perturbada

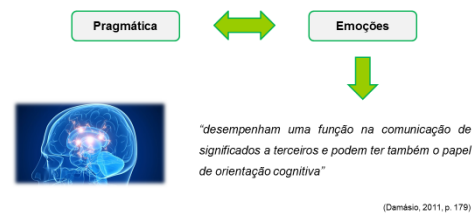
(Fonte: Caldas, A. (2000). A Herança de Franz Joseph Gall: O Cérebro ao Serviço do Comportamento Humano)

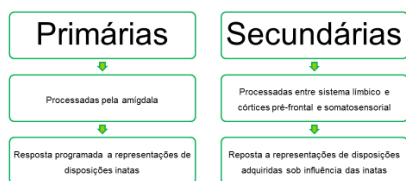


Constituído por imagens, palavras e símbolos abstratos imagéticos.

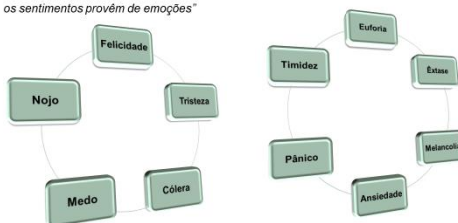


(Sequeira, 2016, p. 11)





Sejam primárias ou secundárias, as emoções originam-se em sentimentos. Contudo, "nem todos os sentimentos provêm de emoções"



(Giambras, 2011, p. 194)



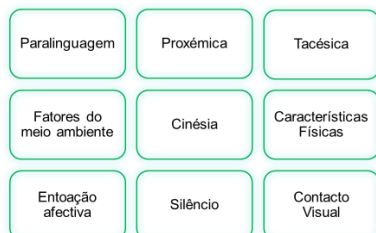
Fonte: <http://dharma.com.br/cpma-certificado-practitioner-em-micro-expressoes/>

"A comunicação não-verbal abrange cerca de 93% das possibilidades de expressão, em um contexto de interação social, manifestando-se em 38% das oportunidades por sinais paralinguísticos, tais como a entoação de voz, os grunhidos, os ruídos vocálicos de hesitação, a pronúncia, a tosse e o suspiro provocados por tensão; e, em 55%, pelos sinais silenciosos do corpo, como os gestos, o olhar, a postura, a expressão facial, assim como as próprias características físicas, que individualizam o indivíduo dentro do seu contexto específico".

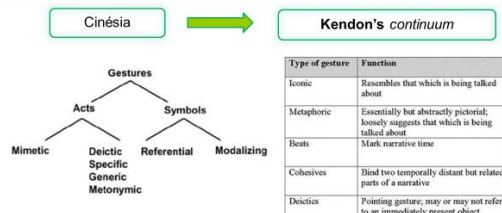
(Ramos, 2011)

7% do significado é transmitido por palavras, 38% por sinais linguísticos e 55% por gestos corporais.

(Stuart & Laria, 2005)



(Kripp, 1980; Silva, et al., 2010; Santos, 2005; Ramos & Bortagari, 2011)



(Sekine & Rose, 2013)



(1) Buhl & Palleen, 2015

(2) Sekine & Rose, 2013; Pritchard et al., 2015; Buhl & Palleen, 2015)

- Abordagem atraente com entusiasmo e senso de humor;
- Modelo GRIP:**
- Observação atenta;
- Atmosfera relaxada e suportada;
- Diálogo silencioso;
- Compreensão e mediação;
- Cooperação forçada.

- Estabelecer contacto;
- Registrar respostas;
- Interagir com intencionalidade;
- Participar de forma parcial.

(Buhl & Palleen, 2015; Silva et al., 2000; Sundin & Jansson, 2003)

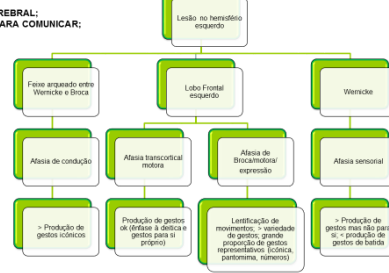
Estratégias Gerais



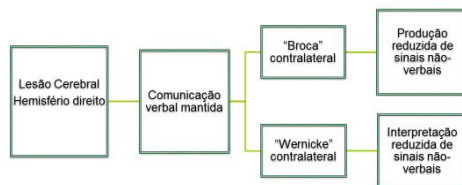
(Menota, 2012)

Intervenção do Enfermeiro

1. IDENTIFICAR LESÃO CEREBRAL;
2. AVALIAR CAPACIDADE PARA COMUNICAR;



Intervenção do Enfermeiro



Intervenção do Enfermeiro

3. AVALIAR ESTADO DE CONSCIÊNCIA

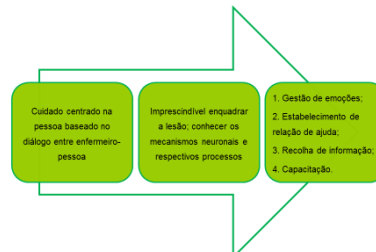


4. IDENTIFICAR OUTRAS BARREIRAS COMUNICACIONAIS



5. INCENTIVAR PESSOA A COMUNICAR;
6. FORNECER REFORÇO POSITIVO;
7. ADOPTAR ESTRATÉGIAS COMUNICACIONAIS DURANTE A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS; ★
8. PROVIDENCIAR DISPOSITIVO AUXILIAR (POR OBJETIVOS, IMAGENS, GRÁFICOS, COM BASE NA ESCRITA); ★
9. REGISTAR INTERVENÇÃO E SUA AVALIAÇÃO .

Considerações Finais



(1) Brook & Scott, 2013

Referências Bibliográficas

- Aubert S., Barot M., Campen M., Dehaut P., Joseph P.A., Mazaux J.M. (2004). Compétences de communication non verbale des traumatisés crâniens graves. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique* 47, 135-141. DOI: 10.1016/j.anrmp.2004.02.001.
- Boss, B., Wilkerson, R. (2011). Comunicação: Linguagem e Pragmática. In Hoern, S. *Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, Intervenção e Resultado Esperado* 4ª edição. Loures Lusodicta.
- Buhl, I., Palleen, H. (2016). Early rehabilitation of patients with severe acquired brain injury: strategies to promote participation. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* 22, 181-195. DOI: 10.3109/11038128.2015.1008567
- Caldes, A. (2000). *A herança de Franz Joseph Gall: O cérebro ao serviço do comportamento humano*. Amadora: McGraw-Hill.
- Caldes, A. (2016). Funções Cognitivas. In C. Marques-Vieira & L. Sousa. *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (p. 136-143). Loures: Lusodicta.
- Coeelho, M.T.V. (2014). Comunicação Terapêutica em Enfermagem: Utilização pelos Enfermeiros. Tese de candidatura ao grau de doutor. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto – Escola Superior de Enfermagem do Porto. Porto.
- Damásio, A. (2010). *O Livro da Consciência: a construção do cérebro consciente*. Maia: Temas e Debates.
- Damásio, A. (2011). *O Erro de Descartes: Emoção, Razão e Cérebro Humano*. Lisboa: Círculo de Leitores.
- Ekman, P. (2003). *Emotions Revealed, Second Edition: Recognizing Faces and Feelings to Improve Communication and Emotional Life*. New York: Academy of Sciences.
- Ferre, J., Pimentel, J. (2006). *Neurologia: Princípios Diagnóstico e Tratamento*. Louçã: Lidel.

Referências Bibliográficas

- Gerber, C. (2005). Understanding and managing coma stimulation. Are we doing everything we can? *Critical Care Nursing*, 26(2), 94-108.
- Johnson, S., Cocks, N., Dipper, L. (2013). Use of Spatial Communication in Aphasia. *International Journal of Language & Communication Disorders* 48(4), 469-476. DOI: 10.1111/1460-6984.12022.
- Knapp, M. L. (1980). *La comunicación no verbal: el cuerpo y el entorno*. Barcelona: Paidós.
- Lundy-Ekman, L. (2004). *Neurociência: Fundamentos para a Reabilitação* 2ª edição. Rio de Janeiro: Elsevier.
- Menota, E. (2012). *Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência.
- Pritchard, M., Dipper, L., Morgan, G., Cocks, N. (2015). Language and iconic gesture use in procedural discourse by speakers with aphasia. *Aphasiology* 29(7), 826-844. DOI: 10.1080/02687038.2014.963912
- Ramos, A., Bortagarai, F. (2011). A comunicação não-verbal na área da saúde. *Rev. CERAC*. São Paulo: Acedido 24-03-2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/cerac/v14n1/188_10.pdf
- Rousseaux, M., Daveluy, W., Kozłowski, O. (2010a). Communication in conversation in stroke patients. *J. Neurol. Lille* 257: 1099-1107. DOI: 10.1007/s00415-010-5469-8
- Rousseaux, M., Verigneux, C., Kozłowski, O. (2010b). An analysis of communication in conversation after severe traumatic brain injury. *European Journal of Neurology* 17: 922-929. DOI: 10.1111/j.1468-1331.2009.02945.x
- Sainson, C. (2007). Communication non verbale et dysfonctionnement cérébral post-traumatique: à propos d'un cas. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique* 50, 231-239. DOI: 10.1016/j.anrmp.2007.01.010.

- Santos, C. (2005). A influência da comunicação não verbal no cuidado de enfermagem. *Rev. Bras. Enferm.* 58 (4), 434-437. Acedido a 24-03-2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-71672005000400016&lng=pt
- Santos, L. (2016). O Processo de Reabilitação. In Vieira, C.; Sousa, L. *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (p. 15-21). Loures: Lusodidacta
- Seeley, R.; Stephens, T.; Tate, P. (2001). *Anatomia & fisiologia* (3.ª ed.). Lisboa: Lusodidacta.
- Sekine, K.; Rose, M.L. (2013). The Relationship of Aphasia Type and Gesture Production in People With Aphasia. *American Journal of Speech-Language Pathology* 662-672. DOI: 10.1044/1058-0360(2013)12-0030
- Sequeira, C. (2016). Comunicação Clínica e Relação de Ajuda. Lisboa: Lidel
- Silva, L.; Brasil, V.; Guimarães, H.; Savoniti, B.; Silva, M. (2000). Comunicação não-verbal: Reflexões acerca da linguagem corporal. *Rev. Latino-americana enfermagem*. Ribeirão Preto, 8 (4), 52-58. Acedido 24-03-2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n4/12384>
- Sundin, K.; Jansson, L. (2003). Understanding and being understood as a creative caring phenomenon – in care of patients with stroke and aphasia. *Journal of Clinical Nursing* 12: 107-116. DOI: 10.1046/j.1365-2702.2003.00676.x
- Talarico, T.R.; Venegas, M.J. & Ortiz, K.Z. (2010). Perfil Populacional de Pacientes com Distúrbios da Comunicação Humana decorrentes de Lesão Cerebral, assistidos em Hospital Terciário. *Rev. CEFAC*. São Paulo. Acedido 27-06-2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n2/36-10.pdf>
- Varanda, E.; Rodrigues, C. (2016). Avaliação da Pessoa com Alterações da Função Cognitiva: Avaliar para Reeducar e Readaptar. In C. Marques-Vieira & L. Sousa. *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (p. 139-143). Loures: Lusodidacta.

APÊNDICE XIII

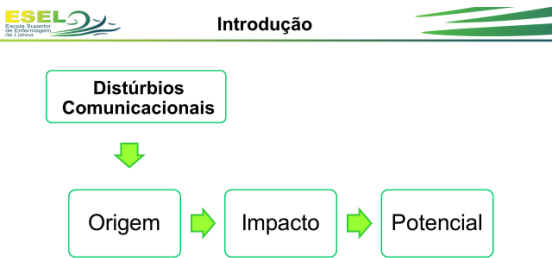
Ação de formação intitulada “Comunicação Não-Verbal: Contributos para a
Prática de Enfermagem”

8º Curso de Mestrado em Enfermagem Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

Comunicação Não-Verbal:
Contributos para a Prática de Enfermagem

Unidade Curricular: Estágio com Relatório
Docentes: Prof.ª Fátima Marques
Orientador:
Estudante: Enf.ª Filipa Santos

25 de Janeiro de 2018



Comunicação Não-Verbal

"A comunicação não-verbal abrange cerca de 93% das possibilidades de expressão, em um contexto de interação social, manifestando-se em 38% das oportunidades por sinais paralinguísticos, tais como a entoação de voz, os grunhidos, os ruídos vocálicos de hesitação, a pronúncia, a tosse e o suspiro provocados por tensão; e, em 55%, pelos sinais silenciosos do corpo, como os gestos, o olhar, a postura, a expressão facial, assim como as próprias características físicas, que individualizam o indivíduo dentro do seu contexto específico".

(Ramos & Bortagari, 2011)

7% do significado é transmitido por palavras, 38% por sinais linguísticos e 55% por gestos corporais.

(Stuart & Lania, 2005)

VISUAL

A pessoa com predominância do canal VISUAL, valoriza a beleza e estética, em formas e detalhes. Tem uma postura corporal rígida e a sua respiração é torácica. Fala muito rapidamente porque as processa as imagens na sua mente como um filme. Entre o prático e o bonito, a pessoa VISUAL sempre escolherá o bonito. É uma pessoa obcecada por arrumação e ordem e para atender o que lhe dizem, a pessoa VISUAL precisa que "mostrem" o que é. O VISUAL não dá valor às palavras e não reage bem ao toque.

- Olhos para cima
- Podem se mover rapidamente
- É comum que piçam com frequência
- Fala rápida e alta
- Envolvente por inspirações curtas
- Ombros e Tórax para cima
- Respiração rápida e curta
- Localizada na parte superior do tronco
- Roupas
- Dá preferência à aparência
- Mãos
- Movimentos rápidos, na altura da cabeça
- Muitas vezes parecem desviar

(Dmitruk, 2015, Mira, 2015)

É mais sujeita ao sofrimento. Todas as experiências são físicas. Prefere conforto à beleza e busca sempre o bem-estar, o prazer e o aconchego. Precisa ser abraçada, tocada, beijada para que se sinta amada. Prefere roupas velhas e confortáveis, sapatos que não apertam, nadar, pisar na areia, estar junto da natureza. Possui um tom de voz baixo, ritmo lento e respiração abdominal. Gostam de músicas lentas e baladas e sentem-se agredidas quando não são correspondidas quanto à sua necessidade de contato corporal.

- Olhos para baixo
- Fala lenta e as vezes baixa
- Ombros e Tórax relaxados
- Mãos
- Movimentos lentos e pequenos no centro do corpo
- Podem estar se tocando ou tocando o outro
- Respiração lenta e profunda
- Localizada na parte inferior do tronco
- Roupas e objetos
- Dá preferência a roupas confortáveis
- Textura como material e textura são levadas em consideração

(Dmitruk, 2015, Mira, 2015)

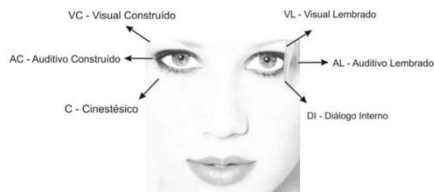
AUDITIVO

Não dá grande valor às aparências, mas sim a uma boa conversa, bom senso e inteligência. São equilibradas e estão sempre prontas a discutir os problemas pois acreditam na lógica dos argumentos. O tom da voz é médio, a respiração é torácica e abdominal. A memória para os sons é fantástica: são capazes de lembrar-se de coisas que lhes foram ditas há muitos anos atrás. O barulho, vozes estridentes ou ásperas ferem as pessoas auditivas. Apreciam músicas com letras bem elaboradas, que passam uma mensagem consistente. Para ter certeza de alguma coisa, o auditivo precisa ouvir, do contrário, não acreditará.

- Olhos no centro
- Não dirigem os olhinhos
- Fala cadenciada
- É comum o uso de acronímicos
- Ombros e Tórax em posição média
- Mãos
- Movimentos na altura dos ombros
- Frequentemente apontam para os ouvidos
- Tendentes de dentro, tocar a cabeça, etc.
- Respiração média
- Localizada na parte média do tronco
- Roupas e objetos
- Dá preferência aos sons

(Dmitruk, 2015, Mira, 2015)

Sistemas de comunicação não-verbal



(Dmitruk, 2015)



(Knapp, 1980; Silva, et al., 2010; Santos, 2005; Ramos & Bortagari, 2011)

- Fisiologia (postura corporal, movimento...)
- Paralinguagem (tom, velocidade...)
- Estilo de linguagem e pensamento (seleção de palavras e sistemas de representação)
- Experiência (aspectos comuns...)
- Respiração



(Mira, 2015)



- Buhl, I.; Palleisen, H. (2015). Early rehabilitation of patients with severe acquired brain injury: strategies to promote participation. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 22, 161-166. DOI: 10.3109/11038128.2015.1008567
- Caldes, A. (2016). Funções Cognitivas. In C. Marques-Vieira & L. Sousa. *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação e Pessoas ao Longo da Vida* (p. 139-143). Loures: Lusodidacta
- Coelho, M.T.V. (2014). Comunicação Terapêutica em Enfermagem: Utilização pelos Enfermeiros. Tese de candidatura ao grau de doutor. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto – Escola Superior de Enfermagem do Porto. Porto.
- Damásio, A. (2010). *O Livro da Consciência: a construção do cérebro consciente*. Mais: Temas e Debates.
- Damásio, A. (2011). *O Erro de Descartes. Emoção, Razão e Cérebro Humano*. Lisboa: Círculo de Leitores.
- Dmitruk, W. (2015). Practitioner em PNL Sistémica. Acedido 16-01-2018. Disponível em http://www.khanet.com/KNT_2015/pages/cursos_pnl_practitioner_ad.html#topo
- Ekman, P. (2003). *Emotions Revealed, Second Edition: Recognizing Faces and Feelings to Improve Communication and Emotional Life*. New York: Academy of Sciences.
- Gerber, C. (2005). Understanding and managing coma stimulation. Are we doing everything we can? *Critical Care Nursing*, 28(2), 94-103.
- Knapp, M. L. (1980). *La comunicación no verbal: el cuerpo y el entorno*. Barcelona: Paidós.
- Lundy-Elman, L. (2004). *Neurociência: Fundamentos para a Reabilitação* 2ª edição. Rio de Janeiro: Elsevier.
- Manes, S. (2014). *83 Jogos Psicológicos para a dinâmica de grupos*. 11ª edição. Lisboa: Paulus Editores.

- Menotta, E. (2012). *Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência.
- Mira, E.L. (2015). Programación Neurolingüística en el abordaje del conflicto y de la comunicación. *Universidade Internacional de Andalucía*. Acedido 16-01-2018. disponível em: http://dispace.unia.es/bitstream/handle/10334/3568/0708_Lopez.pdf?sequence=1
- Monteiro, A. (2017). *Os segredos que o nosso corpo revela*. 5ª edição. Barcelona: Editorial Presença.
- Pease, A. & Pease, B. (2017). *Linguagem Corporal: o guia definitivo para a comunicação não-verbal*. Pergaminho.
- Ramos, A.; Bortagari, F. (2011). A comunicação não-verbal na área da saúde. *Rev. CEFAC*. São Paulo. Acedido 24-03-2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/cefac/v14n1/196_10.pdf
- Santos, C. (2005). A influência da comunicação não verbal no cuidado de enfermagem. *Rev. Bras. Enferm.* 58 (4), 434-437. Acedido a 24-03-2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/revbr/v58n4/196_10.pdf
- Silva, L., Brasil, V., Guimarães, H.; Savionti, B.; Silva, M. (2000). Comunicação não-verbal: Reflexões acerca da linguagem corporal. *Rev.Latino-americana enfermagem*. Ribeirão Preto. 8 (4), 52-58. Acedido 24-03-2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n4/12384>
- Sundin, K.; Jansson, L. (2003). Understanding and being understood as a creative caring phenomenon – in care of patients with stroke and aphasia. *Journal of Clinical Nursing* Suécia. 12: 107-116. DOI: 10.1046/j.1365-2702.2003.00678.x
- Talarico, T.R.; Venegas, M.J. & Ortiz, K.Z. (2010). Perfil Populacional de Pacientes com Distúrbios da Comunicação Humana decorrentes de Lesão Cerebral, assistidos em Hospital Terciário. *Rev. CEFAC*. São Paulo. Acedido 27-06-2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cefac/v13n2/236-10.pdf>

APÊNDICE XIV

Grelha de avaliação e registo da CNV

8º Curso de Mestrado em Enfermagem Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação
Instrumento de avaliação e registo da comunicação não-verbal

Identificação da pessoa	Diagnóstico	Alterações comunicacionais	Sistema de comunicação não-verbal usado pela pessoa	Estratégias usadas	Sessão de educação à família	Resultados/observações
E.S. 77anos Sexo feminino	Glioblastoma frontal esquerdo	Afasia transcortical motora com ecolália	Expressão facial Contacto ocular Toque	Contacto ocular Toque Expressão facial Proxémica Fatores do meio Postura corporal	Sim	Com perturbação da atenção, evidenciada pelo desvio do olhar a qualquer estímulo externo dificultando a participação no programa de reabilitação em alguns momentos. Por esse motivo, considero que os fatores do meio são um forte sistema de comunicação com esta pessoa, não pela forma como ela os dispõe mas sim pela forma como os percebe. Por esse motivo, recorri à criação de ambiente terapêutico criando estímulos ambientais para onde queria requerer a sua atenção, nomeadamente pela voz da neta ou do marido. Reage ao toque de forma positiva, verificando-se um aumento da participação quando utilizada esta estratégia de forma orientadora.
A.S. 53 anos Sexo masculino	Hematoma sub-aracnoideu por aneurisma sacular	Afasia de expressão	Expressão facial Contacto ocular Toque	Contacto ocular Toque	Não (ausência de visitas)	Difícil avaliação uma vez que a pessoa foi rapidamente transferida. Verificava-se uma clara frustração pela sua expressividade e desvio ocular sempre que não conseguia

8º Curso de Mestrado em Enfermagem Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação
Instrumento de avaliação e registo da comunicação não-verbal

	da carótida interna esquerda		Movimentos do corpo	Expressão facial Postura corporal Proxémica	nos turnos efectuados)	emitir uma mensagem que outros conseguissem compreender. Com recurso ao toque, à expressividade facial, postura corporal e proxémica conseguia-se incentivá- lo a retomar a participação no programa de reabilitação e tentar nova comunicação até ser eficaz.
M.T. 65 anos Sexo feminino	AVC hemorrágico cortico-subcortical parietal posterior esquerdo	Afasia global	Contacto ocular Movimentos corporais	Contacto ocular Toque Postura corporal	Não (ausência de visitas nos turnos efectuados)	Pelo desvio do seu olhar era clara não só a frustração como a desmotivação para a participação no programa de reabilitação. Quando reforçada a proxémica e a postura corporal a pessoa mantinha maior contacto ocular o que sugeria uma oportunidade de trabalho com a mesma. Ainda assim de difícil avaliação e continuidade pela sua alta clínica.
L.F.A. 65 anos Sexo masculino	Hematoma intraparenquimatoso à direita	Score 8 (Escala de Coma de Glasgow) + traqueostomia	Toque Contacto ocular Movimentos corporais	Toque Contacto ocular Proxémica Fatores do meio Postura corporal	Sim	Dado a alteração do estado de consciência numa fase inicial, a pessoa evoluiu bastante entre os vários sistemas de comunicação. Numa fase inicial a comunicação era essencialmente eficaz através do toque, nomeadamente orientador. Assim que evoluiu para um estado de consciência mais vígil verifica-se alguma perturbação da atenção, evidenciada pelo desvio do olhar a qualquer estímulo externo dificultando a participação no

						<p>programa de reabilitação em alguns momentos. Por esse motivo, considero que os fatores do meio foram um forte sistema de comunicação com esta pessoa, não pela forma como os dispõe mas sim pela forma como os percebe. Por esse motivo, recorri à gestão do ambiente físico de forma a eliminar fontes de distração.</p> <p>Posteriormente o estabelecimento do contacto ocular associado ao toque, à proxémica e à postura corporal facilitaram e tornaram-se um forte contributo à maior participação da pessoa no programa e de forma mais eficaz.</p>
<p>S.S.</p> <p>71 anos</p> <p>Sexo masculino</p>	<p>Hematoma subdural fronto temporal homolateral</p>	<p>Afasia</p>	<p>Expressão facial</p> <p>Toque</p> <p>Movimentos corporais</p> <p>Contacto ocular</p>	<p>Contacto ocular</p> <p>Expressão facial</p> <p>Proxémica</p>	<p>Sim</p>	<p>O toque como orientador e estimulador do contacto visual foram os sistemas de comunicação mais eficazes para a interação e participação da pessoa no programa.</p> <p>Contudo, comunicava essencialmente em resposta através de expressões faciais, o que me exigiu compreendê-lo através de um sistema de comunicação mas fazer-me compreender através de outros sistemas.</p>

APÊNDICE XV

Jornal de Aprendizagem: Fontes de informação

Nesta segunda semana decidi começar a planejar programas de reabilitação a duas das pessoas com quem havia colaborado, anteriormente, com a minha orientadora. Optei por selecionar duas pessoas que além de cuidados de reabilitação apresentavam compromisso na comunicação, o que poderia dificultar a sua integração/participação nos cuidados bem como o entendimento que eu teria daquilo que elas sentiam/pensavam/desejavam.

Deste modo, senti necessidade de colher mais dados sobre as mesmas. Em ambas as situações a comunicação encontrava-se bastante comprometida. Numa delas a família era bastante presente e pró-ativa facilitando a colheita de dados, enquanto que na outra raramente se viam visitas e muito menos uma pessoa de referência verificando-se, para mim, uma dificuldade.

Neste último caso, procurei aprofundar o conhecimento sobre a pessoa através de diário clínico, avaliação inicial de enfermagem, exames complementares de diagnóstico, o que se revelou insuficiente. O que eu precisava, não havia sido relatado em parte alguma: como poderia eu planejar um programa de reabilitação sem ter conhecimento de quem era aquele ser enquanto pessoa e não apenas enquanto doente? Não me bastava saber a sua idade, os seus antecedentes pessoais de saúde ou diagnóstico. Precisava saber quem era, que profissão tinha, qual a dinâmica familiar, com quem vivia, como era a sua casa, em que acreditava e do que gostava, o que sentia, o que pensava, para que os meus cuidados fossem de facto centrados na pessoa.

Não era possível estabelecer objetivos e definir meios para os alcançar se não tivesse perceção do que o outro esperava, sentia ou desejava. Para isso, era fundamental o estabelecimento de uma interação entre mim e a pessoa, tal como King (1984) defende na Teoria das Estruturas de Sistemas de Interação e Teoria da Consecução de Objetivos. Era igualmente importante compreender que aquela pessoa era um “ser total e único, cujas mudanças ocorrem por períodos de organização e desorganização” (Morais, 2012, p.27) e que cada fenómeno é exclusivo e está em interação recíproca e contínua com o ambiente.

Segundo Brink e Skott (2013), o cuidado centrado na pessoa baseia-se no diálogo entre esta e enfermeira, onde a escuta ativa é imprescindível para o

conhecimento da pessoa, da sua situação de vida atual bem como experiências anteriores (percepções). O saber estar, o saber ouvir, a comunicação verbal e não-verbal tornaram-se aspetos essenciais para a relação terapêutica.

Senti necessidade de aprofundar a CNV pois naquele instante era a fonte de conhecimento mais próxima que tinha daquela pessoa, tornando-se uma mais-valia para a minha prática. Numa fase inicial, em que tinha um score de 8 segundo a Escala de Coma de Glasgow, consegui valorizar e estar atenta a pequenos sinais que se revelavam uma forma de comunicação e que me fizeram compreender pelo seu toque e movimentos corporais o que queria transmitir.

Não obtive toda a informação que gostaria, mas era um ponto de partida para algo e aos poucos a história ia-se completando: ia percebendo quais as suas necessidades, as suas prioridades, do que gostava ou não. Esta experiência fez-me refletir sobre o meu passado enquanto enfermeira generalista e pensar em quantas pessoas me terão tentado transmitir algo ao qual não estive atenta ou não me esforcei o suficiente por compreender.

APÊNDICE XVI

Jornal de Aprendizagem: Reabilitação Cognitiva

Num contexto onde a maioria das pessoas tem alterações do estado de consciência e um grande comprometimento comunicacional tem sido difícil conseguir realizar com sucesso um exame neurológico, nomeadamente no que concerne à avaliação dos pares cranianos.

Várias foram as tentativas falhadas de conseguir uma neuroavaliação completa. Esta situação começava a preocupar-me, essencialmente enquanto estudante, pois considerava ser um aspeto de extrema importância para a minha prática futura e sentia necessidade de a trabalhar dada a sua complexidade. Contudo, cheguei à conclusão que nos casos em que estava a seguir não poderia querer realizar um exame neurológico completo, linear, num tempo e momento por mim estipulado, num mesmo dia.

Percebi que essa avaliação, justamente pela sua complexidade, exigia um grau de compreensão, atenção e participação da pessoa examinada, que na maioria daquelas situações se encontrava comprometida pela lesão cerebral sofrida. Tal percepção é corroborada por Davies (1996), citado por Menoita, Sousa, Alvo e Marques-Vieira (2012), que refere que “existem problemas que não são facilmente identificados, por não serem visíveis, daí a importância de um perito, treinado na avaliação contínua, detalhada e perspicaz, tornando a intervenção deste especialista única e privilegiada” (Menoita et al., 2012, p.40).

Precisava desenvolver competências e conhecimento que me garantissem a perspicácia e atenção a pequenos pormenores durante a interação com cada pessoa que, não sendo prepositados, responderiam a alguns itens da neuroavaliação. Por outro lado, teria de saber decidir o momento indicado para avaliar os itens em que necessitaria da participação e capacidade da pessoa em cumprir ordens.

O aspeto positivo desta questão prende-se com o domínio de conhecimento que nos é exigido e que me obrigou a investir e aprofundar o estudo nesta área. Mais do que efetuar técnicas de reabilitação motora ou respiratória, senti necessidade de investir na reabilitação cognitiva. Estas pessoas a quem estava a prestar cuidados teriam todo o potencial que lhe quisésse dar, dependia do modo como olháva para elas. Não podemos querer que participem nos cuidados

se não trabalharmos previamente a sua cognição para que os possam compreender.

não faz sentido integrar um plano de Reabilitação em pessoas com alterações de memória, mas sim, incluir um programa de ativação cognitiva, ou seja, a Reabilitação Cognitiva com base nos conhecimentos da plasticidade cerebral, pois admite-se que quanto mais as células cerebrais são estimuladas, maiores são as trocas físico-químicas e maiores as possibilidades dos neurónios serem preservados (Pinto, 1999; citado por Menoita et al., 2012, p.139).

Procurei investir neste campo, com francas melhorias cognitivas que se traduziram numa maior participação das pessoas na prestação de cuidados e, conseqüentemente, numa evolução positiva do foro neurológico e motor. Utilizei, essencialmente, as terapias de orientação para a realidade, da reminiscência, facilitação da memória implícita residual bem como os métodos da estimulação e pragmático para a comunicação mais eficaz.

Este acontecimento reforçou a minha crença de que a enfermagem em geral e a especialidade de reabilitação em particular é mais que uma profissão prática, é uma disciplina e uma ciência onde é imperioso reinar o modelo de cuidados holístico e não o modelo bio-médico, minimizando o risco de perder a individualidade de cada ser.

APÊNDICE XVII

Folheto – AVC: Posicionamentos

No AVC...

... Existe uma tendência para a pessoa desenvolver um padrão espástico, ou seja, uma alteração da postura de cada segmento do hemicorpo afectado, traduzida num posicionamento vicioso e difícil de reverter pela instalação da espasticidade (aumento do tônus muscular—resistência à mobilização passiva).

Para prevenir ou minimizar esta situação a pessoa deve ser posicionada de forma a contrariar este padrão.

Que princípios devem ser respeitados?

- ⇒ Garantir o alinhamento corporal entre as estruturas articulares;
- ⇒ Reduzir pressão nas proeminências ósseas;
- ⇒ Alternar decúbitos sempre que a pessoa esteja desconfortável ou apresente sinais de compromisso da integridade da pele;
- ⇒ Garantir que a articulação do ombro não fica em tensão, sob risco de luxação;
- ⇒ Quando se vira a pessoa: flectem-se os membros superior e inferior da pessoa, apoiam-se as mãos no ombro e anca desta e rodamos-la.

Em que decúbitos se deve posicionar?

1. Decúbito Dorsal

Cabeça e pescoço:

- ⇒ Almofada até às omoplatas.

Membro superior lesado:

- ⇒ Almofada a apoiar todo o membro;
- ⇒ Membro superior afastado do corpo (não ultrapassar os 90º);
- ⇒ Membro superior esticado.
- ⇒ Palma da mão virada para cima;
- ⇒ Dedos da mão abertos.

Membro inferior lesado:

- ⇒ Almofada desde a bacia, suportando todo o membro inferior.
- ⇒ Única situação em que não se deixa o calcanhar suspenso pois promove do tônus muscular no pé.



2. Decúbito Lateral para o lado lesado

Cabeça e pescoço:

- ⇒ Almofada mais alta do lado lesado, contrariando inclinação lateral..

Membro superior lesado:

- ⇒ Apoiado no plano da cama
- ⇒ Almofada a apoiar todo o membro;
- ⇒ Membro superior afastado do corpo (não ultrapassar os 90º);
- ⇒ Membro superior esticado.
- ⇒ Palma da mão virada para cima;
- ⇒ Dedos da mão abertos.

Membro inferior lesado:

- ⇒ Apoiado no plano da cama;
- ⇒ Membro com ligeira flexão do joelho e da anca.



Decúbito privilegiado na pessoa com AVC!

3. Decúbito Lateral para o lado são

Cabeça e pescoço:

⇒ Sem almofada ou o mais baixa possível.

Membro superior lesado:

- ⇒ Apoiado numa almofada que acompanhe todo o membro;
- ⇒ Membro superior afastado do corpo (não ultrapassar os 90°);
- ⇒ Membro superior esticado.
- ⇒ Palma da mão virada para baixo;
- ⇒ Dedos da mão abertos e afastados uns dos outros.

Membro inferior lesado:

- ⇒ Apoiado numa almofada que acompanhe todo o membro;
- ⇒ Membro com ligeira flexão do joelho e da anca;
- ⇒ Articulação do joelho alinhada com a anca e com o tornozelo.



ATENÇÃO

- * Nunca puxar por nenhum membro enquanto se posiciona:
Pode provocar uma lesão músculo-esquelética;
- * Nunca deixar o membro superior por baixo do corpo:
Pode provocar síndrome do ombro doloroso;
- * Garantir lençóis esticados e ausência de objetos na cama: Reduz risco de úlcera por pressão;

Realizado por: Enf.ª Filipa Santos

(Estudante da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação—ESEL)

Orientada por: [] e Prof.ª Fátima Marques

Referências Bibliográficas: Manoita, E. (2012). *Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência.

Fonte das imagens: https://www.google.pt/search?q=stroke&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKewi-jrjL4pTYAhWBJ8AKHX3gBR8Q_AUICigBBiw=i3666bth=628#imgc=y-4dy0ZMhsRnrM:https://www.google.pt/search?hl=pt-PT&biw=i3666bth=628&tbm=isch&q=perigo+png&sa=X&ved=0ahUKewjIdryjZTYAhWBSBQKH0bpAlAQhyYlJA#imgc=VKW3Rxv0zUcOYM

AVC



Posicionamentos

APÊNDICE XVIII

Jornal de Aprendizagem: Capacitação na Disfagia

Relato um caso, de uma senhora que apresentava uma paralisia facial e, consequentemente, uma disfagia. Esta situação já havia sido referenciada à terapia da fala, que se cingiu à avaliação do risco inerente à alimentação. Não implementou nem discutiu com a restante equipa, incluindo EEER, um plano de intervenção na reeducação desta função, tendo sido dada a indicação para que a mesma não fosse alimentada oralmente, prevendo-se a realização de uma gastrostomia endoscópica percutânea.

Esta situação suscitou-me interesse levando-me a uma avaliação conjunta com a enfermeira orientadora, com base na norma de procedimento disponível no serviço. Foi implementado um programa regular e consistente que tinha por base a reeducação da deglutição bem como a prevenção de complicações enquanto indicador da qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação (OE, 2014b). O programa centrou-se na realização de exercícios musculares e implementação de técnicas posturais, manobras voluntárias da deglutição e estimulação sensitiva, objetivando-se ganhos significativos.

Com o passar dos dias, a pessoa era capaz de se alimentar com ajuda de terceiros, sem se evidenciar qualquer complicação. Houve um ganho no que respeita à sua autonomia e qualidade de vida, evitando-se o procedimento invasivo previsto previamente. Foi imprescindível a instrução, ensino e treino da pessoa e respetivo filho para dar continuidade aos exercícios que poderiam ser executados sem supervisão profissional e que contribuíram para a sua reeducação, evidente na satisfação da pessoa (OE, 2014b).

Também na restante equipa de enfermagem se identificou uma necessidade de investimento na área. O serviço e os profissionais dispunham de uma norma de procedimento relativa à avaliação da disfagia, mas sem directrizes do ponto de vista da intervenção. Nesse sentido, foi elaborado um *poster* com as técnicas anteriormente descritas e realizada formação de pares durante a prestação de cuidados, de forma a garantir a continuidade dos mesmos.

Reeducação da Deglutição

Quando ocorre uma lesão cerebral, a deglutição é muitas vezes comprometida surgindo a disfagia. Nestes casos importa adoptar um conjunto de exercícios e técnicas que permitam a reeducação da deglutição e a prevenção de complicações:

Exercícios Musculares

Permitem o fortalecimento e capacidade de resistência dos músculos envolvidos no processo de deglutição assim como garantir a amplitude de movimentos. Deve-se repetir cada movimento 5 a 10 vezes:

- Protrair, retrain e/ou lateralizar lábios;
- Assobiar;
- Dar beijinhos;
- Realizar movimento de sucção;
- Protrair língua;
- Empurrar cada bochecha com a língua;
- Elevar ponta da língua até à face interna dos dentes;
- Produzir os sons "Q" e "G";
- Gargarejar ou bocejar;
- Realizar voz de falsete;
- Insuflar bochechas (em caso de desvio da comissura labial, ensinar a encerrar os lábios).

Técnicas Posturais

Referem-se a mudanças de postura da cabeça durante o acto de deglutição que pela gravidade facilitam a progressão dos alimentos.

Flexão cervical - após colocar a comida na boca, aproxima-se o queixo ao peito. Pessoa pára de respirar. Deglute e Toma a respirar.



Flexão lateral para o lado são — a gravidade leva a comida para o lado são minimizando o risco de engasgamento.



(lado são—direito)



(lado são—esquerdo)

Manobras Voluntárias de Deglutição

Executadas de forma consciente pela pessoa durante o acto de deglutição. Podem ser utilizadas com saliva ou durante a alimentação.

Respiração supraglótica —a pessoa deve realizar uma inspiração profunda; sustentar a respiração; deglutir e por fim expirar/tossir.

Respiração super supraglótica —semelhante à anterior mas com maior volume de ar inspirado.

Deglutição forçada — pessoa deve aplicar mais força no acto de deglutição.

Deglutições múltiplas — a pessoa deve deglutir várias vezes antes de voltar a expirar o ar.

Sucção antes da deglutição - antes de deglutir a pessoa deve realizar o movimento de "sugar pela palhinha".

Estimulação Sensitiva

Refere-se a um estímulo sensitivo dado durante a refeição e que aumenta a percepção do bolo alimentar,;

Sabor — preferencialmente o amargo pois produz maior estimulação sensitiva, logo, induz um reflexo mais eficaz.

Volume — devem-se privilegiar porções de menor volume.

Temperatura — o frio produz maior estimulação sensitiva. Pode ser introduzido o frio na água mas evitar nos alimentos. Alguns espessantes podem também ser guardados no frigorífico com estabilidade de 24h (verificar sempre recomendações do fabricante).

Bebidas gaseificadas — induzem a uma mais rápida ativação do reflexo de deglutição. Estas bebidas melhoram sabor dos alimentos, intensificam o aroma e fornecem uma sensação refrescante.

De realçar que a seleção destas técnicas depende de uma avaliação prévia da deglutição. Os exercícios musculares podem e devem ser aplicados em qualquer fase do processo de reeducação. As técnicas posturais e as mudanças voluntárias da deglutição tanto podem ser utilizadas durante a refeição, caso a pessoa já seja alimentada oralmente, ou apenas com saliva até que a pessoa reúna as condições para iniciar dieta oral.

Elaborado por: Enf.ª Filipa Santos (Estudante da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação)

Orientada por: [] e Prof.ª Fátima Marques

Referências Bibliográficas: 1) Braga, R. (2016). Avaliação da Função Deglutição. In: C. Marques-Vieira & L. Sousa. Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida (p. 181-188). Loures: Lusodidacta | 2) Braga, R. (2016). Reeducação da Deglutição. In C. Marques-Vieira & L. Sousa. Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida (263-270). Loures: Lusodidacta. | 3) <http://www.mundoboaforma.com.br/6-melhores-alongamentos-para-cervical/>



Verificou-se a capacitação da pessoa e filho como também da respetiva equipa, traduzida em ganhos na saúde da pessoa e em redução de custos económicos e recursos humanos que o procedimento invasivo implicaria, sem esquecer que o mesmo não é isento de riscos e possíveis complicações.

APÊNDICE XIX

Jornal de Aprendizagem: CNV como veículo para a capacitação

Tive o primeiro contacto com o Sr. L.A., com um hematoma intra-parenquimatoso fronto temporal direito, no dia 3-10-2017. Tinha um *score* de 8 na Escala de Coma de Glasgow e encontrava-se no nível II da ERA. Estávamos ao nível da primeira unidade funcional do modelo de funcionamento cerebral de Lúria (1981), onde a função de vigília e atenção se encontrava comprometida.

Desde esse dia que procurei estimular a neuroplasticidade, garantindo a regulação do ambiente através da proteção de estímulos sensoriais desagradáveis durante o processo de reabilitação (Varanda & Rodrigues, 2017b). Em cada sessão, fui promovendo um ambiente sereno e utilizando uma voz calma. Numa fase inicial, a sua capacidade de concentração nem sempre era evidente. No entanto, nunca manifestei no meu tom de voz sinais de impaciência mas sim de incentivo ao progresso e respeito pelo tempo que ele precisava. Nesses momentos, a solução foi compreender o que originava a falta de concentração (Manning, 2012). Esta avaliação, era efetuada através da sua CNV: a retração do corpo por dor, a adoção da posição fetal para descansar, ou a agitação manifestada pela inquietude dos membros.

Ao compreender o que motivava aquele estado pude adequar a minha intervenção ao seu tempo e necessidade. Não sendo possível determiná-la com exactidão, procurei respeitar estes sinais comunicacionais como uma mensagem que me era transmitida sobre o seu estado de saúde e o que pretendia em cada momento e assim ele ia evoluindo de forma gradual e discreta.

No dia 09-10-2017, já com abertura espontânea dos olhos, iniciou-se a clampagem da traqueostomia. Além de manter as suas habituais estratégias de CNV (aperto de mão para responder positivamente a algumas questões; movimentos de sim/não com a cabeça; movimentos de retirada à dor), era notória a necessidade de contato visual quando queria solicitar algo, associando este comportamento a um esboço de movimentos de lábios e vocalizações aquando clampagem de traqueostomia.

Neste dia, foi desalgaliado no início do turno da manhã, tendo sido previamente explicado o procedimento e quais as medidas a seguir. Uma vez que não comunicava verbalmente, tive o cuidado de observar atentamente o seu

comportamento. Quase no fim do turno da manhã, estava inquieto, e com o membro superior direito procurava algo, movendo-o desde a região dorsolombar até à região supra-púbica. O meu raciocínio não foi imediato, mas a sua CNV foi o suficiente para me fazer perceber que algo o deixava desconfortável. Associei a sua inquietude aos locais onde dirigia o seu movimento: teria necessidade em urinar ou evacuar? Ofereci-lhe o urinol e de imediato ele serenou, segurou o dispositivo externo e eliminou cerca de 300 cc de urina. Não havia compromisso esfinteriano, apenas uma dificuldade em exprimir a sua necessidade de eliminação. Este ganho só foi possível através da avaliação da sua CNV durante a sessão de reabilitação. Estávamos ao nível da segunda unidade funcional onde ocorre a receção, análise e armazenamento de informações (Lúria, 1981). Entre outras funções, esta unidade é responsável pela compreensão da linguagem e memória, fundamentais à aprendizagem efetuada.

O respeito pela individualização do seu processo de reeducação cognitiva ajustando-o à sua *performance* (Maia, 2009) foi fundamental à tomada de decisão partilhada, mesmo que a sua não fosse comunicada verbalmente. Esta só foi possível através da interação, comunicação eficaz e valorização das perceções tal como defende King (1981).

Dias após, voltou a ser realgaliado por um colega generalista. Justificou a sua intervenção afirmando que o senhor estaria em retenção urinária, uma vez que não tinha urinado na fralda durante o seu turno. Aqui não foi tida em consideração a memória da experiência e armazenamento que a pessoa tinha efetuado (Lúria, 1981), avaliando uma retenção urinária sem lhe terem sido proporcionadas as condições para satisfazer a sua necessidade de outra forma: utilizando o urinol. É esta memória da experiência que permite a conversão da percepção em pensamento, relacionando a linguagem com o processamento de informações (Lúria, 1981). Reiniciámos o treino vesical começando por desalgaliá-lo, repetindo o processo anterior de instrução, ensino e treino. Novamente se verificou com sucesso a utilização do urinol, sem qualquer compromisso na sua eliminação vesical.

Foi identificada uma prática de risco no seio da equipa, procurando contribuir para a construção de uma tomada de decisão com base no profissionalismo e

ética da mesma. Para isso, desempenhei o papel de consultora, através da formação de pares para que se desempenhasse uma *praxis* que respeitasse os direitos humanos e simultaneamente as responsabilidades profissionais, com base na evidência científica e nos ganhos obtidos. Esta atividade traduziu uma evolução positiva, não se voltando a verificar retrocessos nem novas práticas de risco após este acontecimento.

APÊNDICE XX

Artigo para a *newsletter* da UCC



Filipa Santos
Enfermeira em Estágio de
Especialização em Reabilitação



br.radiovaticana.va

11/02 Dia Mundial do Doente

Nas celebrações do Dia Mundial do Doente (11 de fevereiro), reflito sobre o cuidado centrado na pessoa que se baseia no diálogo entre esta e enfermeiro ⁽¹⁾. A interação e comunicação são pilares fundamentais à relação terapêutica através da qual os intervenientes definem objetivos/metas comuns e os meios para os alcançar ⁽²⁾.

Este desafio é cada vez maior pelo aumento de situações onde este processo é comprometido devido a distúrbios da linguagem. O acidente vascular cerebral (AVC), o traumatismo crânio-encefálico, os tumores e as demências são as patologias que dão maior contributo para esta realidade ⁽³⁾. De realçar que Portugal é o 4º país da OCDE com mais casos de demência ⁽⁴⁾ e que o AVC é responsável por 23. 444 internamento em 2016 e principal causa de morte (49,7%) no nosso país ⁽⁵⁾, justificando a importância desta problemática.

Esta é uma barreira ao entendimento e conhecimento da pessoa e das suas necessidades por parte do enfermeiro, traduzindo igualmente um impacto na sociedade. Acarreta dificuldades na integração familiar, profissional e social; pior qualidade de vida ⁽⁶⁾; estados de fúria e depressão ⁽⁷⁾ e menos entusiasmo em participar na reabilitação ⁽⁸⁾.

Nestas situações devemos adotar métodos alternativos de comunicação, através da avaliação e implementação de estratégias não-verbais. Destaco o uso de

sistemas alternativos de comunicação (por imagens, gráficos, referenciais...) ⁽⁶⁾ associados a sistemas de comunicação não-verbal: proxémica (distância entre intervenientes), a tacésica (toque), a cinésia (gestos, movimentos de membros e da cabeça, expressões faciais e postura do corpo), a paralinguagem (tom de voz, ritmo, volume, bocejos...), o contacto visual, a entoação afetiva e o silêncio não esquecendo que as características físicas e os fatores dispostos no meio ⁽⁹⁾ podem ser imprescindíveis no conhecimento do outro.

Estes sistemas tornam-se importantes armas comunicacionais quando utilizados intencionalmente através de: abordagens atrativas e entusiastas; criação de atmosfera relaxada e suportada que induza o contacto com a pessoa; registo das respostas para reformulação dos planos de cuidados; interação intencional (baseado no toque, expressividade e paciência pela resposta); participação parcial e cooperação forçada (estimulando a comunicação tanto quanto possível, evitando substituir a pessoa) ⁽⁸⁾.

Referências Bibliográficas

1) Brink, E. & Skott, C. (2013). Caring about symptoms in person-centred care. *Open Journal of Nursing*, 3, 563-567 | 2) King, I. (1984). *Enfermería como profesión: Filosofía, principios y objetivos*. México: Editorial Limusa | 3) Caldas, A. (2017). Funções Cognitivas. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coords). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 139-143). Loures: Lusodidacta. | 4) OECD (2017). *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing_| 5) Direção Geral da Saúde (2017). *Portugal - Doenças cerebro-vasculares em números – 2017*. Lisboa: DGS | 6) Menoita, E., Sousa, L., Alvo, I & Marques-Vieira, C. (2012). *Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência | 7) Sousa, P. (2005). Afasia – Como intervir? Acedido 05-04-2017. Disponível em: www.researchgate.net/publication/286382017 | 8) Buhl, I. & Pallesen, H. (2015). Early rehabilitation of patients with severe acquired brain injury: strategies to promote participation. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 22, 181-195. DOI: 10.3109/11038128.2015.1008567 | 9) Ramos, A. & Bortagarai, F. (2012). A comunicação não-verbal na área da saúde. *Rev. CEFAC*, 14(1), 164-170. DOI: 10.1590/S1516-18462011005000067

APÊNDICE XXI

Artigo científico - The person with brain injury: wordless rehabilitation



The person with brain injury: wordless rehabilitation

Journal:	<i>Revista da Escola de Enfermagem da USP</i>
Manuscript ID	Draft
Manuscript Type:	Original Article
Descriptors - Please find your keywords from the following lists http://decs.bvs.br/ and http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh.: Brain injuries, Communication, Nonverbal Communication, Rehabilitation, Rehabilitation Nursing	

SCHOLARONE™
Manuscripts

APÊNDICE XXII

Exemplo de Processo de Enfermagem

1. AVALIAÇÃO INICIAL

1.1. IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA

Nome: L.A.

Sexo: Masculino

Idade: 65 anos

Escolaridade: 7º ano

Profissão: Gráfico, por conta própria

Nacionalidade: Portuguesa

Naturalidade: Trafaria

Estado civil: Divorciado

Religião: Católico

Com quem vive: Sozinho

1.2. ANTECEDENTES PESSOAIS

1.2.1. Patologias: Etilismo crónico

1.2.2. Intervenções cirúrgicas: Apendicectomia

1.2.3. Internamentos anteriores: Sim (apendicectomia)

1.2.4. Alergias: Não

1.3. TERAPÊUTICA DOMICILIÁRIA

Não tem.

1.4. FAMÍLIA E DOMICÍLIO

1.4.1. Contexto familiar: Vive sozinho. Tem um filho e uma nora. Conta ainda com o apoio da ex-mulher e das três irmãs. Apesar de ter uma aparente boa rede/suporte familiar, não existe consenso entre os elementos da família o que poderá tornar-se uma fonte de stress para a pessoa, dificultando o processo de preparação para a alta. À sua entrada no serviço o contacto da pessoa significativa é o do filho mas este nunca foi visto durante o horário de visitas o que dificulta o esclarecimento deste processo. A ex-mulher aparentemente é quem assume perfil de cuidadora. Quando questionado, afirma que no pós alta quem o ajudará será o filho e a nora. Segundo a ex-mulher, seria negligente com a sua vigilância de saúde, perdendo inclusivamente inscrição em médico de família. Ainda segundo a mesma não possui rendimentos que suportem as necessidades que possa necessitar após este evento uma vez que trabalhava por conta própria e com difícil gestão dos seus recursos económicos. Equipa médica já o referenciou para o Centro de Reabilitação de Alcoitão.

1.4.2. Condições habitacionais: segundo o próprio, viverá sozinho num rés-do-chão com divisórias e portas amplas, embora não consiga descrever as medidas exactas. O wc tem banheira o que sugere a adaptação para o banho com auxílio de uma tábua de transferência, por exemplo. Afirma não existirem tapetes que possam aumentar o risco de queda.

1.5. ESTADO ATUAL DE SAÚDE

Data de admissão: 19-09-2017

Proveniência: Unidade de Cuidados Intensivos

Motivo de internamento: Levado pela VMER por sido encontrado inconsciente em casa por colegas de trabalho, após não ser visto durante >24h, com incontinência de esfíncteres.

Diagnóstico: Hematoma intra-parenquimatoso fronto temporal direito

História do internamento: Após ter sido encaminhado pela VMER foi observado pela neurocirurgia que opera no dia 19/09 realizando craniotomia fronto-temporo-parietal direita, drenando hematoma e colocando hemodreno. É transferido para a Unidade de Cuidados Intensivos ainda nesse dia. No dia 20/09 iniciam desmame ventilatório, com dificuldades. Dia 21/09 iniciam desmame da sedação e retiram hemodreno, conolando sensor PIC no ponto de Kocher esquerdo. A 22/09 é diagnosticada uma traqueobronquite iniciando antibioterapia com amoxicilina e ácido clavulâmico. A 23/09 com ligeira melhoria do quadro neurológico apresentando abertura espontânea dos olhos e a cumprir ordens simples, tendo sido retirado o sensor PIC. Mantinha hemiplegia esquerda. Inicia terapêutica laxante. A 25/09 com novo agravamento do quadro verificando-se uma hidrocefalia, com um score de 8 na Escala de Coma de Glasgow, a justificar repetição de TAC. Ponderam traqueostomia, a aguardar consentimento da família. Coloca traqueostomia a 29/09 e inicia desmame de oxigenioterapia a 30/09. A 01/10 mais estabilizado sendo transferido para a unidade de cuidados intermédios do serviço de neurocirurgia. Neste mesmo dia com radiografia torácica a evidenciar um reforço hilar bilateral com condensação apical direito Vs atelectasia, embora mau posicionamento. Com suspeita de infeção do trato urinário iniciando cefuroxima empírica. A 03/10 nova radiografia do tórax com menor condensação apical, com secreções em abundante/moderada quantidade que justificam aspiração de secreções cerca de 2x por turno. Inicia reabilitação. A 06/10 confirma-se infeção urinária por E. Coli.

Terapêutica prescrita:

	Dose	Via	Horário
Bisacodilo	10 mg	Rectal	23h
Captopril	25 mg	Oral	7h; 15h; 23h
Enoxaparina sódica	40 mg	SC	19h
Esomeprazol	20 mg	Oral	7h
Insulina humana	10 UI	SC	23h
Levetiracetam	1 gr	Oral	7h; 19h
Metamizol magnésico	575 mg	Oral	7h; 15h; 23h
Paracetamol	1000 mg	Oral	Sos
Amlodipina	10 mg	Oral	21h
Carvedilol	25 mg	Oral	7h; 19h
Cefuroxima	500 mg	Oral	7h; 19h

Outras indicações:

- Monitorizar glicémia capilar;
- Aplicar meias de contensão;
- Cabeceira elevada a 30º.

2. EXAME FÍSICO (03-10-2017)

Sinais vitais

- Tensão arterial: 130/59 (braquial esquerda)
- Frequência cardíaca: 79 bpm
- Temperatura: 36,8 °C (timpânica)
- Respiração: 19 ciclos/min, amplitude superficial, regular, toraco-abdominal, com saturações periféricas na ordem dos 99%.
- Dor: 1 (escala PAINAD)

Integridade cutânea: pele íntegra com áreas de pele descamativa no membro inferior esquerdo sugestivas de eczema.

3. OUTRAS AVALIAÇÕES:

Risco de queda: Escala de Morse – Alto Risco de Queda (*score* = 55)

Risco de úlcera por pressão: Escala de Braden - Alto Risco de Úlcera por Pressão (*score* = 8)

4. AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

4.1. Avaliação Neurológica a 03-10-2017

Estado de consciência: Escala de *Glasgow* (*score* = 8: sem abertura ocular; obedece a comandos; sem resposta verbal)

Orientação: Impossível avaliar dado o estado de consciência

Atenção: Com hipovigília

Memória: Impossível avaliar dado o estado de consciência

Comportamento: Desadequado

Conhecimento: Impossível avaliar dado o estado de consciência

Linguagem: Ausência de verbalização provável por traqueostomia; impossível avaliar presença de afasia dado o estado de consciência; com aparente compreensão mantida uma vez que cumpre ordens simples. Comunica essencialmente através do toque e de movimentos corporais.

Capacidades práticas: Impossível avaliar dado o estado de consciência

Sensibilidade: Impossível avaliar dado o estado de consciência

Tónus muscular (Escala modificada de Ashworth): MSE – grau 0; MIE – Grau 0; MSD – Grau 0; MID = 0. Sem espasticidade mas com hipotonia do hemicorpo esquerdo.

Amplitude articular: Articulações metacarpofalangeanas da mão esquerda com amplitude de movimento de 45º em flexão e extensão; a articulação do punho esquerdo com amplitude de aproximadamente 45º em flexão e 30º em extensão, 30º em desvio cubital e sem amplitude de movimento em desvio radial. O cotovelo esquerdo com amplitude de 145º em flexão. O ombro esquerdo com amplitude de 90º em flexão, a abdução não ultrapassa os 90º. A articulação tibiotársica esquerda com amplitude de movimento muito limitada em flexão plantar e eversão. O joelho esquerdo com 90º de amplitude em flexão. A articulação coxo-femural esquerda com 90º de amplitude em flexão e menos de 30º em abdução. Amplitudes articulares normais dos segmentos corporais do hemicorpo direito.

Força muscular (Escala de lower): MID – Grau 5/5; MSD – Grau 5/5; MIE – Grau 0/5; MSE – Grau 0/5

Coordenação: Coordenação mantida a nível do hemicorpo direito (prova dedo-nariz; calcanhar-joelho). Não consegue executar procedimento de avaliação com o hemicorpo esquerdo, pelo que não se consegue avaliar.

Equilíbrio: Sem equilíbrio estático e dinâmico sentado, sem equilíbrio na posição de pé (09-10-2017). Escala de Equilíbrio de Berg: 0/56

4.2. Avaliação Neurológica a 24-10-2017

Estado de consciência: Escala de *Glasgow* (*score* = 14: abertura espontânea dos olhos; obedece a comandos; resposta verbal confusa).

Orientação: Orientado na pessoa e espaço; desorientado no tempo

Atenção: Mantida

Memória: Mantida memória remota (reconhece acontecimentos/pessoas do seu passado); mantida memória imediata (capaz de repetir sequências nominais); memória recente perturbada (incapaz de se recordar das sequências nominais passados 5 minutos)

Comportamento: Adequado

Conhecimento: Sem alterações (reconhece os seus défices, consegue reter informação)

Linguagem: Sem afasia. Apresenta ligeira disartria, hipofonia. Escrita e leitura mantidas.

Capacidades práticas: Com aparente apraxia, apresentando lentificação na iniciação de sequência de movimentos que lhe são solicitados.

Sensibilidade: superficial e profunda mantidas no hemicorpo direito e no membro inferior esquerdo. No membro superior esquerdo apresenta anestesia, termoanestesia, analgesia e parestesia; alteração da sensibilidade profunda postural/proprioceptiva não sendo capaz nem de mobilizar o membro nem de descrever o movimento efetuado de forma passiva com o mesmo.

Tónus muscular (Escala modificada de Ashworth): MSE – grau 0; MIE – Grau 0; MSD – Grau 0; MID = 0. Sem espasticidade mas com hipotonia do hemicorpo esquerdo, de domínio braquial.

Amplitude articular: Articulações metacarpofalangeanas da mão esquerda com amplitude de movimento de 45º em flexão e extensão; a articulação do punho esquerdo com amplitude de aproximadamente 45º em flexão e 30º em extensão, 30º em desvio cubital e sem amplitude de movimento em desvio radial. O cotovelo esquerdo com amplitude de 145º em flexão. O ombro esquerdo com amplitude de 90º em flexão, a abdução não ultrapassa os 90º. A articulação tibiotársica esquerda com amplitude de movimento muito limitada em flexão plantar e eversão. O joelho esquerdo com 90º de amplitude em flexão. A articulação coxo-femural esquerda com 90º de amplitude em flexão e cerca de 45º em abdução. Amplitudes articulares normais dos segmentos corporais do hemicorpo direito.

Força muscular (Escala de Lower): MID – Grau 5/5; MSD – Grau 5/5; MIE – Grau 2/5; MSE – Grau 0/5

Coordenação: Coordenação mantida a nível do hemicorpo direito (prova dedo-nariz; calcanhar-joelho). Não consegue executar procedimento de avaliação com o hemicorpo esquerdo, pelo que não se consegue avaliar.

Equilíbrio: Sem equilíbrio estático e dinâmico sentado, sem equilíbrio na posição de pé (09-10-2017). Escala de Equilíbrio de Berg: 1/56

Avaliação de Pares Craneanos (24-10-2017)		
Pares craneanos	Métodos	Resultados/Avaliação
I – Olfativo	De olhos fechados, solicitar que identifique o odor de modo bilateral, ocluindo uma narina e depois a outra, oferecendo cheiros familiares (café, por exemplo).	Anosmia.
II – Óptico	Solicitar que identifique objetos dentro do campo visual e que conte canetas/dedos a várias distâncias. Com um olho fechado de cada vez, avaliar até que ângulo consegue visualizar o dedo/caneta.	Sem alterações da acuidade visual mas com hemianópsia esquerda.
III – Oculo motor comum		Sem ptose palpebral; pupilas reativas e isocóricas.
IV – Patético	Solicitar que olhe para cima.	Sem alterações.
V – Trigémio	Através da avaliação da sensibilidade superficial nos três ramos (oftálmico, maxilar e mandibular).	Sem alterações na hemiface direita. Sem sensibilidade térmica no ramo maxilar esquerdo.
VI – Oculo motor externo	Solicitar que realize abdução do olho.	Sem alterações.
VII – Facial	Solicitar realização de mímica facial; Com os olhos fechados, avaliar paladar nos 2/3 anteriores da língua (com sal e açúcar);	Sulco nasogeniano esquerdo suprimido com ligeiro desvio da comissura labial direita; Paladar mantido;

	Avaliar capacidade em manter saliva dentro da cavidade oral.	Dificuldade em manter saliva dentro da cavidade oral.
VIII – Estado-Acústico	Divisão coclear: Avaliar função sensorial auditiva com recurso a relógio, com os olhos fechados. Divisão vestibular: Avaliar equilíbrio em ortostatismo e sentado.	Divisão coclear: Sem alterações Divisão vestibular: Sem equilíbrio estático nem dinâmico, sentado ou em ortostatismo.
IX – Glossofaringeo X – Vago	Avaliar paladar o 1/3 posterior da língua; Pesquisar reflexo de vômito; Pesquisar desvio da úvula; Pesquisar subida simétrica do palato mole; Pesquisar hipofonia.	Apresenta hipofonia; Sem outras alterações observadas.
XI – Espinhal	Solicitar elevação dos ombros e rotação da cabeça contralateral.	Com rotação da cabeça mas apenas com elevação do ombro direito.
XII – Grande hipoglosso	Pesquisar assimetria e movimentos da língua.	Língua descai para a esquerda (lado mais afetado) mas com todos os movimentos mantidos.

5. AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO RESPIRATÓRIA

Avaliação subjetiva (03-10-2017)	
Tosse	Presente
Expectoração	Presente
Dispneia	Ausente
Toracalgia	Ausente
Avaliação objetiva	
Inspeção	03-10-2017
Cianose	Ausente
Hipocratismo digital	Ausente
Simetria torácica	Presente
Padrão	Torácico
Frequência respiratória	24 ciclos/min
Ritmo respiratório	Regular
Amplitude	Média
Palpação	03-10-2017
Sensibilidade	Impossível avaliar
Expansibilidade	Impossível avaliar
Frémido Tóraco-Vocal	Impossível avaliar
Percussão	03-10-2017
Som claro pulmonar	Não avaliado
Hiperressonância	Não avaliado
Macicez	Não avaliado
Auscultação pulmonar	03-10-2017
Murmúrio vesicular	Diminuído nas bases

Roncos	Presentes
Sibilos	Ausentes
Fevores	Ausentes
Atritos pleurais	Ausentes
Radiografia Torax	Data (02-10-2017)
Qualidade da radiografia	Incidência postero-anterior, bem penetrada, mal centrada, bem inspirada.
Alterações de estruturas torácicas	Sem alterações
Hipertransparências	Ausentes
Hipotransparências	Múltiplas hipotransparências heterogêneas, multilobares, em ambos os campos pulmonares, com reforço hilar bilateral, maior condensação apical direita e na base pulmonar esquerda com apagamento do seio costo-frénico e cardio-frénico esquerdos, hemicupula diafragmática direita bem definida.
Gasimetria Arterial (30-09-2017)	GS (5L/min): <ul style="list-style-type: none"> • pH 7.49 • pCO2 33.2 • pO2 89.5 • HCO3 24.8 • SatO2 98.2%

6. Medida de Independência Funcional

	1ª avaliação 03-10-2017	2ª avaliação 14-10-2017	3ª avaliação 24-10-2017
Alimentação	1	3	5
Higiene Pessoal	1	1	2
Banho	1	1	3
Vestir a metade superior do corpo	1	1	3
Vestir a metade inferior do corpo	1	1	1
Utilização da sanita	1	1	1
Controlo vesical	1	3	3
Controlo intestinal	1	1	1
Transferências: leito/cadeira/leito	1	1	1
Transferências: sanita	1	1	1
Transferências: banheira, duche	1	1	1
Marcha; Cadeira de rodas	1	1	1
Escadas	1	1	1
Compreensão	1	3	5
Expressão	1	2	4
Interação social	1	2	4
Resolução de problemas quotidianos	1	1	1
Memória	1	1	2
Total	18	26	40

7. Perceção da doença pela pessoa e família:

Apesar de reconhecer as suas dificuldades a pessoa demonstra uma atitude bastante positiva perante o processo de saúde-doença com um elevado grau de participação e iniciativa no programa de reabilitação. É bastante comunicativo e interativo com o meio tanto físico como humano. A sua crença religiosa também contribui para essa motivação. Contudo, evidenciam-se momentos de maior preocupação quando na interação com os familiares se apercebe que estes ainda não chegaram a um consenso quanto ao seu processo de transição hospital-domicílio. Estas divergências têm dificultado o processo de identificação de objetivos comuns, assim como os respetivos métodos/recursos para os atingir, entre pessoa, família e enfermeiros.

PLANOS DE CUIDADOS

Problemas reais e/ou potenciais (Identificados tendo por base os princípios da perceção, interação e comunicação de King: avaliação e diagnóstico)	Objetivos comuns/resultados esperados (Inicialmente foram definidos em parceria com a família uma vez que a pessoa apresentava alterações do estado de consciência. Quando essa situação se alterou foram reformulados os objetivos em conjunto com a pessoa)	Intervenções de enfermagem	Avaliação dos resultados/Evolução Vs Transações
<p>1. Comunicação (03-10-2017)</p> <p>Comunicação comprometida: relacionado com alteração do estado de consciência e traqueostomia, manifestado por ausência de comunicação verbal, Discurso espontâneo: ausente; Nomeação: ausente; Repetição de palavras: ausente; Leitura: ausente; Escrita: ausente; Compreensão: presente por períodos (cumpre ordens simples); Comunicação não-verbal: toque e movimentos corporais; Desvantagem comunicacional: presente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Promover uma comunicação verbal e/ou não-verbal eficaz; • Reduzir a desvantagem comunicacional; • Promover a interação social; • Promover a participação da pessoa nos cuidados; • Estabelecer objetivos comuns entre pessoa-enfermeira para o programa de reabilitação. 	<p>03-10-2017</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar capacidade para comunicar; • Cumprimentar sempre a pessoa quando é abordada e chamá-la pelo nome; • Estabelecer contato visual com a pessoa; • Gerir ambiente físico (Criar uma atmosfera relaxada e suportada; Eliminar fontes de distração; Evitar o aumento de tom de voz; Utilizar abordagem entusiasta); • Gerir comunicação (Usar frases simples e curtas; Falar calmamente; Dar somente uma instrução simples ou fazer uma pergunta de cada vez; Usar perguntas simples que exijam 	<p>04-10-2017</p> <p>Pessoa sem abertura dos olhos mas a cumprir ordens simples. Não verbaliza mas utiliza o toque para comunicar: aperta a mão com força, uma vez, caso a sua resposta às questões seja positiva.</p> <p>06-10-2017</p> <p>Pessoa sem abertura dos olhos mas a cumprir ordens simples. Não verbaliza mas utiliza o toque para comunicar: aperta a mão com força, uma vez, caso a sua resposta às questões seja positiva.</p> <p>07-10-2017</p> <p>Pessoa sem abertura dos olhos mas a cumprir ordens simples. Não verbaliza mas utiliza estratégias de comunicação não verbal para comunicar:</p>

		<p>respostas simples, orientando a resposta para a comunicação não-verbal através de um aperto da mão para sim e dois apertos para não; Explicar sempre de forma simplificada as intervenções executadas e objetivo destas; Usar a repetição palavra por palavra durante a execução de atividades; Negociar com a pessoa as atividades a realizar);</p> <ul style="list-style-type: none"> • Criar empatia com a pessoa demonstrando-lhe que o compreendemos, interpretando o seu comportamento; • Interagir através de contacto intenso e intencional baseado no toque, contacto ocular, expressividade e paciência pela reação da pessoa (Utilizar comentários encorajadores; combinar estratégias verbais e visuais, demonstrando as atividades); • Utilizar o toque para guiar a pessoa a realizar uma atividade, o toque de conforto ou o toque para prender a sua atenção); 	<p>Toque - aperta a mão com força, uma vez, caso a sua resposta às questões seja positiva.</p> <p>Movimentos da cabeça: sim/não;</p> <p>Movimentos corporais de retirada à dor, tal como a tentativa de desviar a nossa mão durante procedimentos mais invasivos, como, por exemplo, aspiração de secreções;</p> <p>09-10-2017</p> <p>Já com abertura espontânea dos olhos. Mantém as anteriores estratégias de comunicação não-verbal e ainda o contato ocular quando procura tentar solicitar algo e esboço de movimentos de lábios, associado a vocalizações após clampagem de cânula de traqueostomia.</p> <p>11-10-2017</p> <p>Já verbaliza palavras simples embora pouco perceptíveis, mantendo as anteriores estratégias de comunicação não-verbal, bem como o apontar para objetos para solicitar algo. Realiza tentativa de escrita.</p>
--	--	--	---

		<p>13-10-2017 Às intervenções anteriores acresce:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Motivar a pessoa para a comunicação e expressão verbal, após se retirar traqueostomia abordando assuntos do seu interesse e recorrendo à terapia da reminiscência; • Executar técnica de treino de discurso (Treinar a nomeação e repetição de palavras; ensinar e treinar a pessoa e família estratégias comunicacionais alternativas). 	<p>13-10-2017 Mantém anteriores estratégias de comunicação não-verbal. Sem tentativa de escrita mas com tentativa de verbalização.</p> <p>14-10-2017 Comunicação verbal mais perceptível, embora com disartria e hipofonia. Evidencia-se a realização de gestos e movimentos corporais como estratégias de comunicação não-verbal.</p> <p>16-10-2017 Sobreponível a 14-10-2017. Incentivada a comunicação verbal.</p> <p>17-10-2017 Sobreponível a 14-10-2017. Incentivada a comunicação verbal.</p> <p>18-10-2017 Sobreponível a 14-10-2017. Incentivada a comunicação verbal.</p> <p>24-10-2017 Comunicação verbal eficaz. Melhoria significativa da disartria e com menos hipofonia. Mantém a realização de gestos e de movimentos corporais, introduzindo maior recurso a expressão facial associada à comunicação verbal.</p> <p>25-10-2017 Sobreponível a 24-10-2017.</p>
--	--	--	--

<p>2. Limpeza das Vias Aéreas ineficaz</p> <p>2.1. Reflexo de tosse presente mas ineficaz necessitando de aspiração de secreções ocasionalmente</p> <p>2.2. Presença de traqueostomia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Assegurar permeabilidade das vias aéreas; • Facilitar a progressão e eliminação de secreções; • Optimizar mecanismos de <i>clearence</i> mucociliar; • Aumentar eficácia do reflexo de tosse; • Facilitar expansão pulmonar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Analisar radiografia do torax; • Avaliar reflexo de tosse; • Auscultar Tórax; • Aspirar secreções pelo traqueostoma; • Executar cinesioterapia respiratória (técnica de drenagem postural modificada em decúbito dorsal e decúbito lateral esquerdo/direito; técnica de percussão torácica; técnica de compressão torácica; técnica de vibração torácica; abertura costal selectiva à direita; abertura costal selectiva à esquerda); • Vigiar expectoração. 	<p>04-10-2017 <u>Rx Tx:</u> Múltiplas hipotransparências heterogêneas, multilobares, em ambos os campos pulmonares, com reforço hilar bilateral, maior condensação apical direita e na base pulmonar esquerda com apagamento do seio costo-frénico e cardio-frénico esquerdos, hemicupula diafragmática direita bem definida. <u>Auscultação:</u> murmúrio vesicular diminuído e roncós nos terços médios de ambos os campos pulmonares. Reflexo de tosse presente mas ineficaz com necessidade de aspiração de secreções amarelas, em abundante quantidade pelo traqueostoma.</p> <p>06-10-2017 <u>Rx Tx:</u> não existe nova radiografia. <u>Auscultação:</u> murmúrio vesicular diminuído e roncós nos terços médios de ambos os campos pulmonares. Reflexo de tosse presente mas ineficaz com necessidade de aspiração de secreções amarelas, em abundante quantidade pelo traqueostoma.</p>
--	--	---	--

			<p>07-10-2017 <u>Rx Tx</u>: não existe nova radiografia. <u>Auscultação</u>: murmúrio vesicular diminuído e roncos nos terços médios de ambos os campos pulmonares. Reflexo de tosse presente e mais eficaz mas ainda com necessidade de aspiração de secreções amarelas, em moderada quantidade pelo traqueostoma, sendo a pessoa capaz de expelir as restantes.</p> <p>09-10-2017 <u>Rx Tx</u>: não existe nova radiografia. <u>Auscultação</u>: murmúrio vesicular diminuído e roncos nos terços médios de ambos os campos pulmonares. Reflexo de tosse presente e mais eficaz mas ainda com necessidade de aspiração: expele secreções amarelas em abundante quantidade pelo traqueostoma, justificando higienização da cânula mais frequentemente, ainda com necessidade de aspiração de secreções em reduzida quantidade pelo traqueostoma. Inicia-se clampagem de cânula de traqueostomia.</p>
--	--	--	---

			<p>11-10-2017 <u>Rx Tx:</u> não existe nova radiografia. <u>Auscultação:</u> murmúrio vesicular diminuído nas bases e roncos audíveis no terço médio do campo pulmonar direito, incidindo cinesioterapia mais nesta área. Tosse produtiva e eficaz: expele secreções amarelas em abundante quantidade pelo traqueostoma, justificando higienização da cânula mais frequentemente, ainda com necessidade de apiração de secreções em reduzida quantidade pelo traqueostoma. Mantém clampagem de cânula de traqueostomia.</p> <p>13-10-2017 <u>Rx Tx:</u> não existe nova radiografia. <u>Auscultação:</u> murmúrio vesicular diminuído nas bases, sem ruídos adventícios. Tosse produtiva e eficaz: expele secreções amarelas em moderada quantidade pelo traqueostoma, com necessidade de apiração de secreções em reduzida quantidade pelo traqueostoma. Retira-se cânula de traqueostomia</p>
--	--	--	---

			<p>14-10-2017 Limpeza de vias aéreas eficaz pelo que se dá termo do diagnóstico.</p>
<p>3. Ventilação comprometida</p>	<ul style="list-style-type: none"> Melhorar trocas gasosas; Diminuir dispêndio de energia na realização das atividades; Reduzir sobrecarga muscular; Melhorar a atividade e utilização dos músculos respiratórios; Promover independência respiratória e funcional; Prevenir complicações (defeitos ventilatórios); Aumentar a participação/interação social; 	<ul style="list-style-type: none"> Avaliar respiração; Avaliar ventilação; Auscultar torác; Executar técnica de posicionamento (Posição de descanso e relaxamento; Correção postural); Executar técnica respiratória de reeducação abdominodiafragmática anterior; Gerir oxigenioterapia (3l/min); Clampar traqueostomia. (09-10-2017) Incentivar uso de técnicas respiratórias; Monitorizar frequência respiratória; Monitorizar saturação periférica; Supervisionar ventilação. 	<p>04-10-2017 SatO₂ = 98% com O₂ por traqueostoma a 3l/min. 24 ciclos respiratórios por minuto.</p> <p>06-10-2017 SatO₂ = 99% com O₂ por traqueostoma a 3l/min. 24 ciclos respiratórios por minuto.</p> <p>07-10-2017 SatO₂ = 99% com O₂ por traqueostoma a 3l/min 26 ciclos por minuto</p> <p>09-10-2017 SatO₂ = 95-96% (cânula clampada) com O₂ por óculos nasais a 2l/min. 20 ciclos por minuto</p> <p>11-10-2017 SatO₂ = 94-95% (cânula clampada) com O₂ por óculos nasais a 1l/min. 19 ciclos respiratórios por minuto.</p> <p>13-10-2017 SatO₂ = 97% (sem traqueostomia), com O₂ por óculos nasais a 1l/min. 21 ciclos respiratórios por minuto.</p> <p>14-10-2017 SatO₂ = 98% com aporte de oxigénio a 1l/min por óculos nasais. 20 ciclos respiratórios por minuto.</p>

			<p>16-10-2017 SatO₂ = 97% sem aporte de oxigénio; 20 ciclos respiratórios por minuto.</p> <p>17-10-2017 SatO₂ = 97% sem aporte de Oxigénio; 18 ciclos respiratórios por minuto.</p> <p>18-10-2017 Ventilação não comprometida, pelo que se dá termo do diagnóstico</p>
<p>4. Memória Memória comprometida relacionado com lesão do lobo temporal direito, manifestado por ausência de memória recente e imediata</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Preservar atividade neuronal; • Melhorar <i>performance</i> da memória; • Estimular a participação no programa de reabilitação; • Melhorar interação; 	<p>03-10-2017</p> <ul style="list-style-type: none"> • Executar técnica de terapia de orientação para a realidade; <p>11-10-2017</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar memória imediata, recente e remota. • Executar técnica de terapia da reminiscência, remetendo para informações/dados sobre a sua vida passada, os seus gostos, as suas atividades; 	<p>04-10-2017 Impossível avaliar memória dado o estado de consciência da pessoa.</p> <p>06-10-2017 Impossível avaliar memória dado o estado de consciência da pessoa.</p> <p>07-10-2017 Impossível avaliar memória dado o estado de consciência da pessoa.</p> <p>09-10-2017 Impossível avaliar memória dado o estado de consciência da pessoa.</p> <p>11-10-2017 Impossível avaliar memória dado o estado de consciência da pessoa.</p> <p>13-10-2017 Impossível avaliar memória dado o estado de consciência da pessoa.</p> <p>14-10-2017 Memória remota mantida. Memória recente e imediata alterada.</p>

		<ul style="list-style-type: none"> • Executar técnica de técnica de facilitação da memória implícita residual através de sequências nominais 	<p>16-10-2017 Memória remota mantida. Memória recente e imediata alterada.</p> <p>17-10-2017 Memória remota mantida. Memória recente e imediata alterada.</p> <p>18-10-2017 Memória remota e imediata mantida. Memória recente alterada.</p> <p>24-10-2017 Memória remota e imediata mantida. Memória recente alterada.</p> <p>25-10-2017 Memória remota, recente e imediata mantidas</p>
<p>5. Deglutição</p> <p>5.1. Deglutição comprometida relacionada com alteração do estado de consciência e parésia dos VII e XII pares craneanos, manifestada por disfagia.</p> <p>5.2. Potencial para melhorar conhecimento sobre exercícios de deglutição</p> <p>5.3. Potencial para melhorar conhecimento sobre técnicas de deglutição</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Prevenir complicações, tais como a pneumonia de aspiração; 	<p>14-10-2017</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar capacidade de deglutição; • Avaliar conhecimento sobre exercícios de deglutição; • Avaliar conhecimento sobre técnicas de deglutição; • Ensinar sobre exercícios de deglutição (deglutição supra-glótica e deglutição múltipla) • Ensinar sobre técnicas de deglutição (técnica postural com flexão cervical e flexão lateral direita; técnica de consistência adaptada; técnica sensorial) 	<p>14-10-2017 Sem conhecimento sobre exercícios e técnicas de deglutição. Com capacidade para executar técnicas de deglutição. Com atraso na deglutição e episódios de tosse pontuais.</p> <p>16-10-2017 Sem conhecimento sobre exercícios e técnicas de deglutição. Com capacidade para executar técnicas de deglutição. Com atraso na deglutição e episódios de tosse pontuais.</p> <p>17-10-2017 Sem conhecimento sobre exercícios e técnicas de deglutição.</p>

	<p>18-10-2017 Promover a ingestão de alimentos com base nas preferências da pessoa mas que garantam a sua segurança: Que no prazo de uma semana seja capaz de deglutir dieta mole, adequada às suas preferências.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Clampar sonda nasogástrica; • Executar técnica de deglutição; • Gerir dieta (Providenciar refeições fracionadas) • Planear dieta • Posicionar pessoa (sentado, com flexão cervical e flexão lateral direita); • Alimentar pessoa (pelo lado direito com recurso às técnicas de deglutição ensinadas) • Supervisionar deglutição. 	<p>Com capacidade para executar técnicas e exercícios de deglutição. Com atraso na deglutição e episódios de tosse pontuais.</p> <p>18-10-2017 Sem conhecimento sobre exercícios e técnicas de deglutição. Com capacidade para executar técnicas e exercícios de deglutição. Com atraso na deglutição mas sem episódios de tosse durante o procedimento.</p> <p>24-10-2017 Com conhecimento sobre exercícios e técnicas de deglutição e com capacidade para os executar. Com atraso na deglutição mas sem tosse durante o procedimento.</p> <p>25-10-2017 Com conhecimento sobre exercícios e técnicas de deglutição e com capacidade para os executar. Com atraso na deglutição mas sem tosse durante o procedimento.</p>
<p>6. Autocuidado Comer e Autocuidado Beber 6.1. Dependente em grau muito elevado no autocuidado comer e autocuidado beber, relacionado com alteração do estado de consciência [ajuda total na</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Promover uma nutrição adequada; • Reduzir o grau de dependência da pessoa; 	<p>03-10-2017</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar conteúdo gástrico; • Alimentar pessoa através de sonda nasogástrica; • Administrar líquidos através de sonda nasogástrica. 	<p>04-10-2017 Alimentado por sonda nasogástrica. Sem estase gástrica. Nutrição e hidratação adequadas.</p> <p>06-10-2017 Sobreponível.</p> <p>07-10-2017 Sobreponível.</p>

<p>alimentação – MiF=1 a 03-10-2017];</p>		<p>16-10-2017</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar conhecimento sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: comer; • Avaliar capacidade para usar dispositivo auxiliar para autocuidado:comer • Avaliar conhecimento sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: beber; • Avaliar capacidade para usar dispositivo auxiliar para autocuidado:beber • Ensinar sobre dispositivo auxiliar para autocuidado:comer (talheres, prato com rebordo...) • Ensinar sobre dispositivo auxiliar para autocuidado:beber (garrafa, palhinha) 	<p>09-10-2017 Sobreponível. 11-10-2017 Sobreponível. 13-10-2017 Sobreponível. 14-10-2017 Alimentado por sonda nasogástrica. Sem estase gástrica. Nutrição e hidratação adequadas. Iniciado treino de deglutição. 16-10-2017 Reconhece a colher como dispositivo para se alimentar mas com alguma apraxia no seu uso necessitando de ajuda para a realização deste autocuidado. [ajuda moderada na alimentação – MiF = 3]; Não gosta de comida pastosa pelo que se alimenta de pouca quantidade da dieta oferecida.</p>
---	--	--	---

		<ul style="list-style-type: none"> • Treinar uso do dispositivo auxiliar para autocuidado: comer • Treinar uso do dispositivo auxiliar para autocuidado: beber <p>17-10-2017 Mantém medidas anteriores e:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incentivar a pessoa a alimentar-se sozinha; • Vigiar a refeição para avaliar a evolução no grau de dependência no autocuidado comer e beber e validar a quantidade de refeição ingerida, alimentos preferidos; • Encorajar o uso do hemicorpo afetado, colocando o braço direito alinhado em cima da mesa ao lado do prato em posição funcional, com os alimentos cortados, como estímulo visual. 	<p>17-10-2017 Reconhece a colher como dispositivo para se alimentar mas com alguma apraxia no seu uso necessitando de ajuda para a realização deste autocuidado. [ajuda moderada na alimentação – MiF = 3]; Não gosta de comida pastosa pelo que se alimenta de pouca quantidade da dieta oferecida.</p> <p>18-10-2017 Reconhece a colher como dispositivo para se alimentar mas com alguma apraxia no seu uso necessitando de ajuda para a realização deste autocuidado. [ajuda moderada na alimentação – MiF = 3]; Não gosta de comida pastosa pelo que se alimenta de pouca quantidade da dieta oferecida.</p> <p>24-10-2017 Reconhece talheres como dispositivos para o autocuidado</p>
--	--	--	--

			<p>alimentar, assim como a garrafa de água como dispositivo para o autocuidado beber. Necessita uma ajuda mínima [ajuda mínima com contacto na alimentação – MiF = 4]; Dada a evolução positiva no treino da deglutição e melhoria do estado de consciência, solicita-se a alteração da dieta de pastosa para mole.</p> <p>25-10-2017</p> <p>Reconhece talheres como dispositivos para o autocuidado alimentar, assim como a garrafa de água como dispositivo para o autocuidado beber. Necessita apenas de supervisão e preparação [supervisão ou preparação na alimentação – MiF = 5]; Alimenta-se na totalidade da dieta mole, sem dificuldade, não necessitando de qualquer suplemento extra.</p>
<p>7. Eliminação</p> <p>7.1. Autocontrolo: continência urinária ineficaz [ajuda total no controlo da bexiga – MiF=1 a 03-10-2017];</p> <p>7.2. Autocontrolo: continência intestinal ineficaz</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Promover conforto e padrão de eliminação vesical adequado; • Promover conforto e padrão de eliminação intestinal adequado; • Reduzir perdas de urina de forma progressiva; • Prevenir infeções urinárias; • Prevenir macerações; 	<p>04-10-2017</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trocar fralda; • Optimizar fralda • Vigiar eliminação vesical; • Vigiar eliminação intestinal; 	<p>04-10-2017</p> <p>Algaliado, urina alaranjada; Não evacuou.</p> <p>06-10-2017</p> <p>Algaliado, urina alaranjada; Não evacuou.</p> <p>07-10-2017</p> <p>Algaliado, urina alaranjada; Não evacuou.</p>

<p>[ajuda total no controlo das fezes – MiF=1 a 03-10-2017];</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Minimizar dejeções involuntárias; • Manter fezes consistentes e cólon distal vazio; 	<p>09-10-2017</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estimular a micção imediata (desalgaliado a 09-10-2017): incentivar e antecipar o uso de arrastadeira/sanitário oferecendo-a de forma periódica; • Reforçar comportamentos com técnica de <i>feedback</i>; • Providenciar sistema de chamada de fácil acesso à pessoa; • Realizar adequada ingesta hídrica; • Monitorizar eliminação urinária • Vigiar eliminação vesical; • Vigiar eliminação intestinal; 	<p>09-10-2017</p> <p>Desalgaliado no início do turno da manhã. Urinou 300 cc de urina alaranjada no urinol pelas 14h. Evacuou dia 08-10-2017, na fralda, em moderada quantidade, fezes moles.</p> <p>[ajuda moderada no controlo da bexiga – MiF=3];</p> <p>[ajuda total no controlo das fezes – MiF=1 a 03-10-2017];</p> <p>11-10-2017</p> <p>Foi realgaliado no dia 10-10-2017, no turno da tarde, por suspeita de retenção (saída de 400 cc de urina alaranjada). Sugere-se nova desalgaliação e incentiva-se o treino vesical com recurso a micção imediata.</p> <p>Evacuou na fralda, em pequena quantidade, fezes moles.</p> <p>[ajuda total no controlo da bexiga – MiF=1];</p> <p>[ajuda total no controlo das fezes – MiF=1];</p> <p>13-10-2017</p> <p>Desalgaliado no início do turno da manhã.</p> <p>Urinou no urinol pelas 15h, cerca de 250 cc de urina alaranjada. Não evacuou.</p>
--	--	---	---

		<p>16-10-2017 Mantém intervenções anteriores e:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Optimizar alimentação; • Promover o trânsito intestinal através do posicionamento (no leito em decúbito lateral esquerdo); • Realizar massagem abdominal no sentido dos ponteiros do relógio; • Gerir terapêutica laxante; 	<p>[ajuda moderada no controlo da bexiga – MiF=3]; [ajuda total no controlo das fezes – MiF=1]; 14-10-2017 Urinou no urinol pelas 9h, cerca de 250 cc de urina alaranjada. Não evacuou. [ajuda moderada no controlo da bexiga – MiF=3]; [ajuda total no controlo das fezes – MiF=1]; 16-10-2017 Não urinou. Sem globo vesical. Reforça-se ingesta hídrica. Doente com fezes líquidas em pequena quantidade no início do turno da manhã, sem controlo de esfíncteres mas a referir vontade em evacuar. Realizada estimulação digital: sem fezes na ampola rectal mas presentes a nível mais superior, impossíveis de extrair. Administrado bisacodil. Evacuou em abundante quantidade fezes moles na arrastadeira a meio do turno da manhã e líquidas em abundante quantidade na fralda no final do turno da manhã. [ajuda moderada no controlo da bexiga – MiF=3];</p>
--	--	--	--

			<p>[ajuda máxima no controlo das fezes – MiF=2];</p> <p>17-10-2017</p> <p>Urinou no urinol cerca de 200 cc de urina alaranjada pelas 9h.</p> <p>Não evacuou.</p> <p>[ajuda moderada no controlo da bexiga – MiF=3];</p> <p>[ajuda máxima no controlo das fezes – MiF=2];</p> <p>18-10-2017</p> <p>Apesar de incentivado e oferecido urinol, urinou na fralda no final do turno da manhã uma vez que teve aparente episódio de urgência urinária.</p> <p>Não evacuou.</p> <p>[ajuda moderada no controlo da bexiga – MiF=3];</p> <p>[ajuda máxima no controlo das fezes – MiF=2];</p> <p>24-10-2017</p> <p>Evacuou a 22-10-2017.</p> <p>Urinou no urinol cerca de 200 cc de urina alaranjada pelas 9h.</p> <p>[ajuda moderada no controlo da bexiga – MiF=3];</p> <p>[ajuda máxima no controlo das fezes – MiF=2];</p> <p>25-10-2017</p> <p>Urinou no urinol cerca de 150 cc de urina alaranjada e concentrada</p>
--	--	--	---

			<p>pelas 14h. Reforça-se ingesta hídrica.</p> <p>Não evacuou apesar de referir vontade e de se ter providenciado a arrastadeira para o efeito (não foi transferido para o sanitário uma vez que solicitou a arrastadeira no final do turno da manhã, referindo simultaneamente preferir a arrastadeira por já se sentir cansado).</p> <p>[ajuda moderada no controlo da bexiga – MiF=3];</p> <p>[ajuda moderada no controlo das fezes – MiF=3];</p>
<p>8. Autocuidado Ir ao sanitário</p> <p>Dependente em grau elevado no autocuidado ir ao sanitário, relacionado com défice de força do hemicorpo esquerdo, manifestado por dificuldade em se transferir da cadeira de rodas para a sanita [ajuda total na utilização da sanita – MiF=1 a 25-10-2017];</p> <p>[ajuda total na transferência para a sanita – MiF=1 a 25-10-2017];</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Promover conforto; • Reduzir barreiras arquitectónicas; • Reduzir grau de dependência da pessoa; • Evitar a incontinência funcional; • Prevenir quedas. 	<p>25-10-2017</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar conhecimento sobre adaptação do domicílio para autocuidado: ir ao sanitário; • Identificar barreiras arquitectónicas do domicílio para autocuidado: ir ao sanitário; • Avaliar conhecimento sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: ir ao sanitário (alteador de sanita, barras de apoio, cadeira sanitária); • Avaliar conhecimento sobre técnica de adaptação para autocuidado: ir ao sanitário; 	<p>25-10-2017</p> <p>Segundo a pessoa as instalações sanitárias são amplas, bem como as respetivas portas, permitindo a entrada de uma cadeira sanitária. Não possui qualquer barra de apoio. Não se consegue validar esta informação junto da família por ausência de visitas.</p> <p>Ainda sem possibilidade de efetuar treino à pessoa nem familiares.</p>

		<ul style="list-style-type: none"> • Ensinar sobre adaptação do domicílio para autocuidado: ir ao sanitário; • Ensinar sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: ir ao sanitário; • Ensinar sobre técnica de adaptação para autocuidado: ir ao sanitário; • Avaliar capacidade para usar dispositivo auxiliar para o autocuidado: ir ao sanitário; • Avaliar capacidade de usar técnica de adaptação para o autocuidado: ir ao sanitário; • Instruir sobre o uso de dispositivo auxiliar para autocuidado: ir ao sanitário; • Instruir sobre técnica de adaptação para autocuidado: ir ao sanitário; • Treinar o uso de dispositivo auxiliar para autocuidado: ir ao sanitário; • Treinar técnica de adaptação para o autocuidado: ir ao sanitário; • Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre adaptação do domicílio para autocuidado: ir ao sanitário; 	
--	--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: ir ao sanitário; • Ensinar prestador de cuidados sobre adaptação do domicílio para autocuidado: ir ao sanitário; • Ensinar prestador de cuidados sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: ir ao sanitário. 	
<p>9. Autocuidado Higiene Dependente em grau elevado nos autocuidados higiene e vestuário, relacionado com défice de força do hemicorpo direito manifestado por incapacidade neuromuscular para lavar e cuidar a totalidade do seu corpo. [ajuda total na higiene pessoal – MiF=1 a 03-10-2017]; [ajuda total no banho – MiF=1 a 03-10-2017];</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Promover conforto; • Reduzir grau de dependência da pessoa no autocuidado higiene e que demonstre capacidade para lavar e secar as partes do corpo que consegue alcançar; 	<p>17-10-2017</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar conhecimento sobre adaptação do domicílio para autocuidado: higiene; • Avaliar conhecimento sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene (cadeira para banheira; estrado de banheira; uso de bacia); • Ensinar sobre adaptação do domicílio para autocuidado: higiene; • Ensinar sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene; • Avaliar capacidade para usar dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene; • Instruir sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene; 	<p>Até ao dia 16-10-2017 Prestados cuidados de higiene com ajuda total no leito. [ajuda total na higiene pessoal – MiF=1 a 16-10-2017]; [ajuda total no banho – MiF=1 a 16-10-2017];</p> <p>17-10-2017 Prestados cuidados de higiene no duche com ajuda moderada. [ajuda moderada no banho – MiF=3];</p> <p>18-10-2017 Prestados cuidados de higiene no duche com ajuda moderada. [ajuda moderada no banho – MiF=3];</p> <p>24-10-2017 Refere ter banheira em domicílio e quando abordadas as questões</p>

		<ul style="list-style-type: none"> • Ensinar sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene; • Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre adaptação do domicílio para autocuidado: higiene; • Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene; • Ensinar prestador de cuidados sobre adaptação do domicílio para autocuidado: higiene; • Ensinar prestador de cuidados sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene; • Validar hábitos de higiene; • Iniciar treino do autocuidado higiene: providenciar banho no duche, com produtos de higiene do próprio, de modo a proporcionar estímulo multissensorial, incentivando à sua participação nos cuidados de higiene dentro das atividades que consegue realizar com ambas as mãos, alternadamente; • Nomear todas as partes do corpo durante a sua higiene, 	<p>relativas aos dispositivos auxiliares parece preferir estrado de banheira. Não foi possível validar esta questão com a família por ausência da mesma durante o turno. Prestados cuidados de higiene no duche com ajuda mínima com contacto.</p> <p>[ajuda mínima com contacto no banho – MiF=4];</p> <p>25-10-2017</p> <p>Prestados cuidados de higiene no duche com ajuda mínima com contacto;</p> <p>[ajuda mínima com contacto no banho – MiF=4];</p>
--	--	---	--

		para facilitar e reintegração do esquema corporal; • Assistir a lavar os dentes.	
<p>10. Autocuidado Vestuário Dependente em grau elevado no autocuidado vestuário, relacionado com défice de força do hemicorpo direito manifestado por incapacidade neuromuscular vestir a totalidade do seu corpo.</p> <p>[ajuda total para vestir metade superior do corpo – MiF=1 a 03-10-2017]; [ajuda total para vestir metade inferior do corpo – MiF=1 a 03-10-2017];</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Promover conforto; • Reduzir grau de dependência da pessoa no autocuidado vestuário; 	<p>04-10-2017</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vestir a pessoa; • Calçar a pessoa. <p>17-10-2017</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar conhecimento sobre adaptação do domicílio para autocuidado: vestuário; • Avaliar conhecimento sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: vestuário; • Ensinar sobre adaptação do domicílio para autocuidado: vestuário; • Ensinar sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: vestuário; • Avaliar capacidade para usar dispositivo auxiliar para autocuidado: vestuário; • Instruir sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: vestuário; • Ensinar sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: vestuário; • Treinar autocuidado vestuário; 	<p>Até ao dia 16-10-2017: [ajuda total para vestir metade superior do corpo – MiF=1]; [ajuda total para vestir metade inferior do corpo – MiF=1];</p> <p>17-10-2017 [ajuda máxima para vestir metade superior do corpo – MiF=2]; [ajuda total para vestir metade inferior do corpo – MiF=1];</p> <p>18-10-2017 [ajuda máxima para vestir metade superior do corpo – MiF=2]; [ajuda total para vestir metade inferior do corpo – MiF=1];</p>

		<ul style="list-style-type: none"> • Vestir a pessoa da cintura para cima [ajuda máxima para vestir metade superior do corpo – MiF=2]; • Vestir a pessoa da cintura para baixo [ajuda total – MiF=1, relacionado com o equilíbrio dinâmico sentado ineficaz]; • Calçar a pessoa [ajuda total – MiF=1, relacionado com o equilíbrio dinâmico sentado ineficaz]; • Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre adaptação do domicílio para autocuidado: vestuário; • Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: vestuário; • Ensinar prestador de cuidados sobre adaptação do domicílio para autocuidado: vestuário; • Ensinar prestador de cuidados sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: vestuário; <p>24-10-2017</p> <ul style="list-style-type: none"> • Assistir a pessoa a vestir-se da cintura para cima [ajuda moderada – MiF=3]; 	<p>24-10-2017</p> <p>[ajuda moderada para vestir metade superior do corpo – MiF=3]; [ajuda total para vestir metade inferior do corpo – MiF=1];</p>
--	--	---	--

			25-10-2017 [ajuda moderada para vestir metade superior do corpo – MiF=3]; [ajuda total para vestir metade inferior do corpo – MiF=1];
11. Défice sensorial relacionado com lesão neurológica, manifestado por diminuição da sensibilidade superficial e profunda do hemicorpo esquerdo.	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar instalação insidiosa da espasticidade; • Estimular sensibilidade; • Estimular movimentos do lado esquerdo; • Evitar disfunções perceptivas da imagem corporal e de <i>neglect</i> unilateral; • Minimizar risco de lesões; 	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar sensibilidade; • Avaliar visão; • Gerir ambiente físico; • Executar estimulação sensitiva; • Estimular perceção sensorial através da realização de atividades terapêuticas (facilitação cruzada; auto-mobilizações; rolar, ponte); • Executar técnica de massagem do hemicorpo esquerdo; • Executar técnica de posicionamento (preferencialmente em decúbito dorsal e lateral esquerdo em padrão anti-espástico); • Incentivar a execução de exercício muscular e articular; • Informar sobre técnica de adaptação; • Orientar no uso de técnica de adaptação; • Avaliar conhecimento sobre estratégias adaptativas ao défice sensorial; 	Difícil avaliação inicial sobre défice sensorial pela alteração do estado de consciência. Aparentemente sem qualquer sensibilidade no hemicorpo esquerdo. Dia 16-10-2017 com aparente sensibilidade dolorosa no membro inferior esquerdo com retirada à dor. Só no dia 24-10-2017 se consegue avaliar com maior exactidão a sensibilidade, verificando-se uma franca melhoria da mesma: já com sensibilidade superficial e profunda no membro inferior esquerdo.

		<ul style="list-style-type: none"> • Ensinar sobre estratégias adaptativas ao défice sensorial (ex.: regulação da água); • Avaliar capacidade para usar estratégias adaptativas ao défice sensorial; • Instruir sobre estratégias adaptativas ao défice sensorial; • Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre medidas de prevenção de complicações pelo défice sensorial; • Ensinar prestador de cuidados sobre medidas de prevenção de complicações pelo défice sensorial; • Instruir prestador de cuidados sobre medidas de prevenção de complicações pelo défice sensorial; • Treinar prestador de cuidados sobre medidas de prevenção de complicações pelo défice sensorial. 	
12. Equilíbrio corporal comprometido relacionado lesão do lobo temporal direito, manifestado por ausência de equilíbrio estático na posição de sentado.	<ul style="list-style-type: none"> • Reeducar o mecanismo de reflexo-postural; • Inibir espasticidade; • Estimular sensibilidade postural; 	14-10-2017 <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar equilíbrio corporal; • Estimular a manter o equilíbrio corporal; 	14-10-2017 Sem equilíbrio estático nem dinâmico na posição de sentado. Com dificuldades na execução de técnica de treino de equilíbrio.

	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular ação voluntária dos músculos do tronco do lado esquerdo; • Preparar para a marcha. 	<ul style="list-style-type: none"> • Executar técnica de treino de equilíbrio (estático e dinâmico na posição de sentado); • Restringir a ação da pessoa (imobilização do tronco na posição de sentado); • Elevar grades da cama; • Monitorizar equilíbrio corporal através da Escala de Berg; • Avaliar conhecimento sobre técnica de treino de equilíbrio; • Ensinar sobre técnica de treino de equilíbrio; • Avaliar capacidade para executar técnica de treino de equilíbrio; • Instruir sobre técnica de treino de equilíbrio; • Treinar técnica de treino de equilíbrio <p>24-10-2017 Às medidas anteriores acrescenta-se:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Treinar o equilíbrio estático na posição de pé [standing frame]; 	<p>16-10-2017 Sobreponível. 17-10-2017 Sobreponível. 18-10-2017 Sobreponível.</p> <p>24-10-2017 Sobreponível. Sem equilíbrio estático na posição de pé. Requer apoio bilateral, com ajuda total. 25-10-2017 Sobreponível.</p>
13. Esquecimento unilateral relacionado com lesão do lobo parietal direito, manifestado por alteração da perceção espacial	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar isolamento da pessoa assim como sentimentos de insegurança e medo; • Facilitar a reintegração do esquema corporal (hemicorpo esquerdo); 	<p>04-10-2017</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gerir ambiente físico: abordar a pessoa pelo lado direito; • Executar técnica de exercício muscular e articular passivo 	<p>No início de difícil avaliação mas com aparente <i>neglect</i> pela comunicação não-verbal (movimentos corporais realizados sempre em direção à sua direita).</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Corrigir alterações de lateralidade. 	<p>com estimulação proprioceptiva para o movimento;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular; • Ensinar sobre técnicas de exercício muscular e articular; • Avaliar capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular; • Instruir sobre técnicas de exercício muscular e articular (auto-mobilizações); • Treinar técnicas de exercício muscular e articular (auto-mobilizações) <p>09-10-2017</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gerir ambiente físico: abordar a pessoa pelo lado direito antes de iniciar o programa de reabilitação e explicar alteração sofrida e a necessidade de o abordar pelo lado esquerdo; dispor bens pessoais/mesa-de-cabeceira e campainha do lado direito nesta fase inicial; • Avaliar o reconhecimento como seu o membro superior esquerdo; 	
--	--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> Avaliar o reconhecimento como seu o membro inferior esquerdo; <p>11-10-2017</p> <ul style="list-style-type: none"> Estimular a percepção sensorial (disposição terapêutica do ambiente colocando estímulos do lado esquerdo; abordagem pelo lado esquerdo; realizar terapia de espelho; estimulação sensorial com diferentes texturas; estimulação sensorial com objetos de diferentes formatos; executar técnica de massagem); Ensinar família sobre estimulação da percepção sensorial. 	<p>11-10-2017</p> <p>Ensino à família só foi possível no dia 11-10-2017 que aparentemente compreendeu importância da estimulação da percepção sensorial, participando nesse cuidado durante as visitas efetuadas.</p> <p>Dia 14-10-2017 realizou terapia do espelho com boa participação da pessoa quanto ao procedimento.</p> <p>Dia 17-10-2017 com hemianomatognósia negando que a mão esquerda fosse sua. Realizou-se reeducação postural com recurso a espelho quadriculado.</p> <p>Dia 24-10-2017 aparentemente com melhoria do esquecimento unilateral, encontrando-se a pessoa a realizar movimentos contra o membro inferior esquerdo. Quando questionado o motivo de tal comportamento, afirma “esta perna é calona, é um cêpo, tem que se pôr a mexer” (sic).</p>
14. Movimento muscular comprometido relacionado com lesão neurológica do hemisfério direito, manifestado por hipotonia e plegia do	<ul style="list-style-type: none"> Promover conforto e bem-estar; Prevenir limitações da amplitude articular e que a pessoa consiga manter a amplitude e capacidade de 	<ul style="list-style-type: none"> Avaliar força muscular; Explicar calmamente todos os procedimentos; 	<p>04-10-2017</p> <p>Força muscular:</p> <ul style="list-style-type: none"> Minf. Dto – 3/5 Msup. Dto – 3/5

<p>hemicorpo esquerdo (hemiplegia a 03-10-2017)</p>	<p>movimento em todos os segmentos corporais;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prevenir lesões; • Prevenir alterações músculo-esqueléticas; • Prevenir padrão espástico; • Aumentar força muscular; • Aumentar tónus muscular; • Estimular a sensibilidade proprioceptiva e postural; • Melhorar o equilíbrio; • Reeducar o mecanismo reflexo-postural; • Integrar esquema corporal • Estimular ação voluntária dos músculos do tronco do lado mais afetado 	<ul style="list-style-type: none"> • Incentivar a participação ativa no programa de mobilizações, através de estimulação proprioceptiva para o movimento; • Executar técnica de exercício muscular e articular passivo do hemicorpo esquerdo; • Executar técnica de exercício muscular e articular ativo-assistido do hemicorpo direito (numa fase inicial); • Executar técnica de exercício muscular e articular ativo-resistido do hemicorpo direito (numa fase mais avançada e onde a pessoa domine mais a realização dos exercícios); • Incentivar a execução de exercícios musculares e articulares ativos (automobilizações); • Monitorizar força muscular através da Escala de Lower; • Avaliar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular; • Ensinar sobre técnicas de exercício muscular e articular; 	<ul style="list-style-type: none"> • Minf. Esq. – 0/5 • Msup Esq. – 0/5 <p>06-10-2017 Força muscular:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Minf. Dto – 3/5 • Msup. Dto – 3/5 • Minf. Esq. – 0/5 • Msup Esq. – 0/5 <p>07-10-2017 Força muscular:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Minf. Dto – 4/5 • Msup. Dto –4/5 • Minf. Esq. – 0/5 • Msup Esq. – 0/5 <p>09-10-2017 Força muscular:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Minf. Dto – 4/5 • Msup. Dto – 4/5 • Minf. Esq. – 0/5 • Msup Esq. – 0/5 <p>11-10-2017 Realiza mobilizações ativa-resistidas do hemicorpo direito Força muscular:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Minf. Dto – 5/5 • Msup. Dto –5/5 • Minf. Esq. – 1/5 • Msup Esq. – 0/5 <p>13-10-2017 Força muscular:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Minf. Dto – 5/5
---	---	---	---

		<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular; • Instruir sobre técnicas de exercício muscular e articular (automobilizações; exercícios de fortalecimento muscular – recurso a pedaleira; treino de marcha com elevador -, mobilizações ativas/ativas-assistidas/ativas-resistidas).; • Posicionar a pessoa deitada no leito, preferencialmente em decúbito dorsal e lateral esquerdo em posição anti-espástica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Msup. Dto – 5/5 • Minf. Esq. – 1/5 • Msup Esq. – 0/5 <p>14-10-2017 Força muscular:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Minf. Dto – 5/5 • Msup. Dto – 5/5 • Minf. Esq. – 1/5 • Msup Esq. – 0/5 <p>16-10-2017 Força muscular:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Minf. Dto – 5/5 • Msup. Dto – 5/5 • Minf. Esq. – 1/5 • Msup Esq. – 0/5 <p>17-10-2017 Força muscular:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Minf. Dto – 5/5 • Msup. Dto – 5/5 • Minf. Esq. – 1/5 • Msup Esq. – 0/5 <p>18-10-2017 Força muscular:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Minf. Dto – 5/5 • Msup. Dto – 5/5 • Minf. Esq. – 1/5 • Msup Esq. – 0/5 <p>24-10-2017 Ligeira melhoria das amplitudes articulares em relação à abdução do</p>
--	--	---	---

			<p>membro inferior esquerdo, relativamente à avaliação inicial.</p> <p>Força muscular:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Minf. Dto – 5/5 • Msup. Dto – 5/5 • Minf. Esq. – 2/5 • Msup Esq. – 0/5 <p>25-10-2017</p> <p>Realiza mobilizações ativas-assistidas do membro inferior esquerdo.</p> <p>Força muscular:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Minf. Dto – 5/5 • Msup. Dto – 5/5 • Minf. Esq. – 2/5 • Msup Esq. – 1/5
<p>15. Parésia presente na face relacionado com parésia dos VII par craneano, manifestado por apagamento do sulco nasogeniano e desvio da comissura labial</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar potencial de comunicação não-verbal; • Minimizar a privação de movimentos faciais; • Promover a integração da pessoa com o seu próximo e o meio; • Melhorar imagem corporal; • Melhorar capacidade de controlo da saliva dentro da cavidade oral; • Reduzir o risco de depressão. 	<p>14-10-2017</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vigiar apagamento do sulco nasogeniano; • Vigiar desvio da comissura labial; • Vigiar movimento muscular da face; • Vigiar movimentos dos lábios; • Dar espelho à pessoa; • Aplicar frio; • Executar técnica de exercício muscular e articular passivo (de reeducação, fortalecimento e resistência dos lábios, língua e mandíbula); 	<p>14-10-2017</p> <p>Com apagamento do sulco nasogeniano, desvio da comissura labial à direita; com dificuldade em cerrar lábios e conter saliva; pouco expressivo facialmente.</p> <p>24-10-2017</p> <p>Mantém apagamento do sulco nasogeniano, desvio da comissura labial à direita. Com menor dificuldade em encerrar lábios mantendo apresentando menos períodos de incapacidade em conter saliva. Mais expressivo, com</p>

		<ul style="list-style-type: none"> • Supervisionar a pessoa a mastigar; • Avaliar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular; • Ensinar sobre técnicas de exercício muscular e articular; • Avaliar capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular; • Instruir sobre técnicas de exercício muscular e articular; • Treinar técnicas de exercício muscular e articular. 	<p>mais movimentos faciais e maior amplitude de movimentos da língua. 25-10-2017 Sobreponível.</p>
<p>16. Transferir-se 16.1. Dependente em grau elevado na transferência [ajuda total na transferência – MiF=1 a 03-10-2017];</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Promover transferências da pessoa em segurança; • Promover a independência da pessoa no transferir-se. 	<p>09-10-2017</p> <ul style="list-style-type: none"> • Transferir pessoa para cadeira de rodas com superfície de trabalho transparente; • Avaliar conhecimento sobre adaptação do domicílio para transferir-se; • Avaliar conhecimento sobre dispositivo auxiliar para transferir-se; • Avaliar conhecimento sobre técnica de adaptação para transferir-se; • Ensinar sobre adaptação do domicílio para transferir-se; • Ensinar sobre dispositivo auxiliar para transferir-se (cinto 	<p>Até dia 25-10-2017 a pessoa transfere-se com [ajuda total na transferência – MiF=1] embora se verifique um aumento de iniciativa no procedimento mas sem capacidade para executar técnica relacionado com a falta de equilíbrio corporal.</p>

		<p>de transferência, uso de calças, tábua de transferência);</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ensinar sobre técnica de adaptação para transferir-se; • Avaliar capacidade para usar dispositivo auxiliar para transferir-se; • Avaliar capacidade para usar técnica de adaptação para transferir-se; • Instruir sobre uso de dispositivo auxiliar para transferir-se; • Instruir sobre técnica de adaptação para transferir-se; • Treinar uso dispositivo auxiliar para transferir-se; • Treinar técnica de adaptação para transferir-se; • Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre dispositivo auxiliar para transferir-se; • Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre adaptação do domicílio para transferir-se; • Ensinar prestador de cuidados sobre dispositivo auxiliar para transferir-se; 	
--	--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> • Ensinar prestador de cuidados sobre adaptação do domicílio para transferir-se; 	
17. Risco de úlcera por pressão Alto Risco de úlcera por pressão (Braden = 8)	<ul style="list-style-type: none"> • Prevenir úlceras por pressão 	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar risco de úlcera de pressão através da escala de Braden de 2 em 2 dias; • Vigiar sinais de úlcera por pressão; • Vigiar a pele; • Vigiar zona proeminência óssea e tegumentos; • Aplicar creme; • Posicionar pessoa (sempre que necessário); • Utilizar almofada de gel na transferência para a cadeira de rodas; • Manter pele limpa e seca; • Vigiar o aporte proteico na ingestão de alimentos. 	04-10-2017 Mantém integridade cutânea 06-10-2017 Mantém integridade cutânea 07-10-2017 Braden = 8 (Alto risco de úlcera por pressão) Mantém integridade cutânea 09-10-2017 Braden = 13 (Alto risco de úlcera por pressão) Mantém integridade cutânea 11-10-2017 Braden = 13 (Alto risco de úlcera por pressão) Mantém integridade cutânea 13-10-2017 Braden = 13 (Alto risco de úlcera por pressão) Mantém integridade cutânea 14-10-2017 Mantém integridade cutânea 16-10-2017 Mantém integridade cutânea 17-10-2017 Braden = 14 (Alto Risco de úlcera por pressão) Mantém integridade cutânea

			18-10-2017 Mantém integridade cutânea 24-10-2017 Mantém integridade cutânea 25-10-2017 Braden = 15 (Alto risco de úlcera por pressão) Mantém integridade cutânea
18. Edema 18.1. Risco de edema dos membros inferiores relacionado com diminuição da mobilidade 18.2. Edema presente no membro superior esquerdo relacionado com hemiplegia esquerda	<ul style="list-style-type: none"> • Prevenir edema dos membros inferiores; • Reduzir edema do membro superior esquerdo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Elevar membros inferiores; • Aplicar meias de compressão; • Massagem de retorno venoso do membro superior esquerdo; • Vigiar sinais de edema dos membros inferiores; • Vigiar edema do membro superior esquerdo. 	04-10-2017 Sem edema dos membros inferiores Edema do membro superior esquerdo 06-10-2017 Sem edema dos membros inferiores Edema do membro superior esquerdo 07-10-2017 Sem edema dos membros inferiores Edema do membro superior esquerdo 09-10-2017 Sem edema dos membros inferiores Edema do membro superior esquerdo 11-10-2017 Sem edema dos membros inferiores Edema do membro superior esquerdo 13-10-2017 Sem edema dos membros inferiores Edema da mão esquerda.

			<p>14-10-2017 Sem edema dos membros inferiores Edema da mão esquerda.</p> <p>16-10-2017 Sem edema dos membros inferiores Edema da mão esquerda.</p> <p>17-10-2017 Sem edemas.</p> <p>18-10-2017 Sem edemas há mais de 24h pelo que se dá termo do diagnóstico.</p>
--	--	--	--

ANEXO I






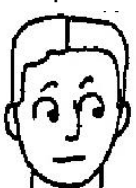
Classificação dos Quadros de Afasia

Tipo de afasia	Fluência	Compreensão	Nomeação	Repetição
Broca	Não-fluente	Normal	Perturbada	Perturbada
Wernicke	Fluente	Perturbada	Perturbada	Perturbada
Condução	Fluente	Normal	Perturbada	Perturbada
Anômica	Fluente	Normal	Perturbada	Normal
Transcortical sensorial	Fluente	Perturbada	Perturbada	Normal
Transcortical motora	Não-fluente	Normal	Perturbada	Normal
Transcortical mista	Não-fluente	Perturbada	Perturbada	Normal
Global	Não-fluente	Perturbada	Perturbada	Perturbada
Surdez verbal pura	Fluente	Perturbada	Perturbada	Perturbada

Classificação dos quadros de afasia (Fonte: Caldas, A. (2000). A Herança de Franz Joseph Gall: O Cérebro ao Serviço do Comportamento Humano, p.175)

ANEXO II

Avaliação dos movimentos oculares

Movimento dos olhos	Atividade mental	Descrição
Olhos para cima e direita 	Visual construído	A pessoa cria uma imagem de algo que nunca experienciou.
Olhos para cima e esquerda 	Visual recordado	A pessoa recorda a imagem de algo que aconteceu.
Olhos para a direita 	Auditivo construído	A pessoa imagina algo que nunca ouviu antes.
Olhos para a esquerda 	Auditivo recordado	A pessoa recorda-se de um som ouvido no passado.
Olhos para baixo e direita 	Cinestésico	A pessoa foca-se numa emoção interna.
Olhos para baixo e esquerda 	Diálogo interior	A pessoa escuta a sua voz interior

Avaliação dos movimentos oculares (Fonte:

http://www.planetnlp.com/nlp_eye_accessing.html)

ANEXO III

Teste breve para rastreio da Afasia

Apêndice
BL – Teste de rastreio da afasia, versão portuguesa
(Versão original: Bedside de Lenguaje. Sabe *et al.*, 2008)

A avaliação BL implica papel e lápis (ou em opção: um quadro magnético com letras, números e desenhos), imagens de objetos (chávena, cadeira, sol), prancha para leitura com duas frases escritas para completar ("A árvore tem..."; "O cão pode..."), prancha com ordem escrita ("Levante a mão") e uma imagem ("Homem a ler um jornal"). Os subtestes da BL estão graduados por ordem de complexidade. O examinador deverá suspender a avaliação nos casos em que o doente obtenha 0 nos primeiros itens.

Nome: _____
Idade: _____ Escolaridade: _____ Lateralidade: _____ Profissão: _____
Antecedentes: _____
Data: ____/____/____ Examinador: _____ Profissão: _____

Discurso espontâneo	
Pergunta-se ao doente o nome e a morada e de seguida mostra-se uma imagem (homem a ler um jornal) e dá-se a instrução: "Diga o que se passa nesta imagem".	
	Pontuação
Nome 0 pontos: ausência de resposta. 0,5 pontos: resposta incompleta ou com parafasias. 1 ponto: resposta correta (nome e apelido).	
Morada 0 pontos: ausência de resposta. 0,5 pontos: resposta incompleta ou com parafasias. 1 ponto: resposta correta (morada completa).	
Descrição da imagem 0 pontos: ausência de resposta. 1 ponto: só uma unidade de conteúdo. 2 pontos: duas unidades de conteúdo. 3 pontos: estrutura sintática completa.	
	/5

(Fonte: Cruz, A., Santos, M., Reis, A & Faísca, L. (2014). Validação portuguesa de um teste breve para rastreio da afasia. *Sinapse*, 14(1), 9-17)



Compreensão	
Este subteste divide-se em duas partes: a 1ª diz respeito a perguntas de resposta sim/não, relacionadas com o contexto. A 2ª é constituída por ordens simples de complexidade crescente até três comandos, que nos permitem avaliar a compreensão auditiva. É importante ter em conta que muitas vezes as afasias são acompanhadas de apraxia, pelo que, para poder aplicar este item, é necessário que a capacidade para realizar movimentos voluntários esteja preservada. Cada pergunta ou ordem deve ser fornecida completa e uma única vez, podendo ser repetida, também por completo, a pedido do doente (em caso de defeito de atenção, por ex.)	
	Pontuação
Estamos em Lisboa? 0 pontos: resposta incorreta (caso o doente esteja desorientado no espaço, pode fazer-se outra pergunta similar). 1 ponto: resposta correta.	
Está a usar um casaco vermelho? 0 pontos: resposta incorreta. 1 ponto: resposta correta.	
Aponte a cadeira e em seguida a porta 0 pontos: execução incorreta. 0,5 pontos: execução incompleta. 1 ponto: execução completa.	
Olhe para a porta, olhe para mim e a seguir feche os olhos 0 pontos: execução incorreta. 0,5 pontos: execução incompleta. 1 ponto: execução correta.	
	_____/5

Repetição	
Este subteste avalia a repetição de palavras e frases curtas. O único propósito de incluir esta variável é o seu interesse sob o ponto de vista do diagnóstico, ajudando a identificar a afasia de condução e as afasias transcorticais.	
	Pontuação
Pão 0 pontos: ausência de resposta ou parafasias. 1 ponto: repetição correta.	
Rádio 0 pontos: ausência de resposta ou parafasias. 1 ponto: repetição correta.	
Algumas vezes 0 pontos: ausência de resposta ou parafasias. 1 ponto: repetição correta.	
Fecha a porta 0 pontos: ausência de resposta ou parafasias. 1 ponto: repetição correta.	
Envia isto ao teu amigo na quinta-feira 0 pontos: ausência de resposta ou parafasias. 1 ponto: repetição correta.	
	_____/5



Escrita	
A avaliação da escrita é semelhante à do discurso espontâneo. Faz-se uma análise de toda a produção escrita do doente que incluiu o nome próprio e apelido, o ditado de uma palavra e de um número com três dígitos e a escrita de uma frase baseada na mesma imagem apresentada anteriormente.	
	Pontuação
Nome 0 pontos: ausência de letras legíveis. 0,5 pontos: resposta incompleta 1 ponto: nome completo	
Ditado: "casa" / "120" (opção: várias letras e números móveis, de 1 a 10) 0 pontos: ausência de letras ou números legíveis, ordem incorreta. 0,5 pontos: resposta incompleta 1 ponto : execução correta dos dois itens (palavra e número).	
Escrita de frase simples (imagem "homem a ler um jornal"; opção: letras móveis) 0 pontos: ausência de resposta. 1 ponto: só uma unidade de conteúdo. 2 pontos: duas unidades de conteúdo. 3 pontos: estrutura sintática completa.	
	_____/5

Leitura	
Este subteste divide-se em três partes: na 1ª avalia-se a associação palavra-desenho: é apresentada uma folha com as 3 palavras escritas, devendo o doente colocar ao lado de cada palavra o respectivo desenho; na 2ª parte o doente deverá ler e executar uma ordem simples (é importante ter em consideração se existe apraxia); e na 3ª parte avalia-se a capacidade para completar frases através de escolha múltipla de quatro elementos.	
	Pontuação
Emparelhamento palavra – desenho ("chávena", "cadeira" e "sol"; opção: quadro magnético com as palavras e as imagens para emparelhar) 0 pontos: ausência de resposta ou emparelhamento incorreto. 2 pontos: emparelhamento correto dos três estímulos.	
Ordem escrita ("levante a mão") 0 pontos: ausência de execução ou incorreta. 1 ponto: execução correta.	
Frases para completar com opções (A árvore tem rodas, folhas, relva, fogo / O cão pode correr, voar, ler, falar). 0 pontos: ausência de resposta ou incorreta. 1 ponto: seleção correta numa das frases 2 pontos: seleção correta em ambas as frases.	
	_____/5

TOTAL: _____/25

Pontos de corte:

20 para sujeitos letrados (pontuação máxima: 25)

12 para sujeitos iletrados (pontuação máxima: 15)

ANEXO IV

Token Test

Nome: _____ Data de nascimento: ____ / ____ / ____

Idade: ____ anos e ____ meses

Escolaridade: _____

Data: ____ / ____ / ____

Examinador: _____

Parte 1 (Todas as peças)

1. Toque um círculo
2. Toque um quadrado
3. Toque uma peça amarela
4. Toque uma peça vermelha
5. Toque uma peça preta
6. Toque uma peça verde
7. Toque uma peça branca

Parte 2 (Somente as peças grandes)

8. Toque o quadrado amarelo
9. Toque o círculo preto
10. Toque o círculo verde
11. Toque o quadrado branco

Parte 3 (Todas as peças)

12. Toque o círculo branco pequeno
13. Toque o quadrado amarelo grande
14. Toque o quadrado verde grande
15. Toque o círculo preto pequeno

Parte 4 (Somente as peças grandes)

16. Toque o círculo vermelho e o quadrado verde
17. Toque o quadrado amarelo e o quadrado preto
18. Toque o quadrado branco e o círculo verde
19. Toque o círculo branco e o círculo vermelho

Parte 5 (Todas as peças)

20. Toque o círculo branco grande e o quadrado verde pequeno
21. Toque o círculo preto pequeno e o quadrado amarelo grande
22. Toque o quadrado verde grande e o quadrado vermelho grande
23. Toque o quadrado branco grande e círculo verde pequeno

Parte 6 (Somente as peças grandes)

24. Ponha o círculo vermelho em cima do quadrado verde
25. Toque o círculo preto com o quadrado vermelho
26. Toque o círculo preto e o quadrado vermelho
27. Toque o círculo preto ou o quadrado vermelho
28. Ponha o quadrado verde longe do quadrado amarelo

29. Se existir um círculo azul, toque o quadrado vermelho
30. Ponha o quadrado verde perto do círculo vermelho
31. Toque os quadrados devagar e os círculos depressa
32. Ponha o círculo vermelho entre o quadrado amarelo e o quadrado verde
33. Toque todos os círculos, menos o verde
34. Toque o círculo vermelho. Não! O quadrado branco
35. Em vez do quadrado branco, toque o círculo amarelo
36. Além do círculo amarelo, toque o círculo preto

Pontos: _____

Instruções para a Administração e Cotação

O *Token Test* (De Renzi & Vignolo, 1962) é inicialmente desenvolvido para detectar distúrbios de linguagem receptiva leve em pessoas afásicas. Nesse período, a compreensão da linguagem falada foi principalmente examinada numa situação clínica, sendo solicitado à pessoa que apontasse para objetos na sala ou para realizar comandos simples. Segundo De Renzi e Vignolo, muito menos atenção foi dada à influência das redundâncias, como numa interação comunicativa normal. Por exemplo, espera-se que alguém que foi médico responda melhor ao comando 'Coloque a sua língua' do que de um maquinista.

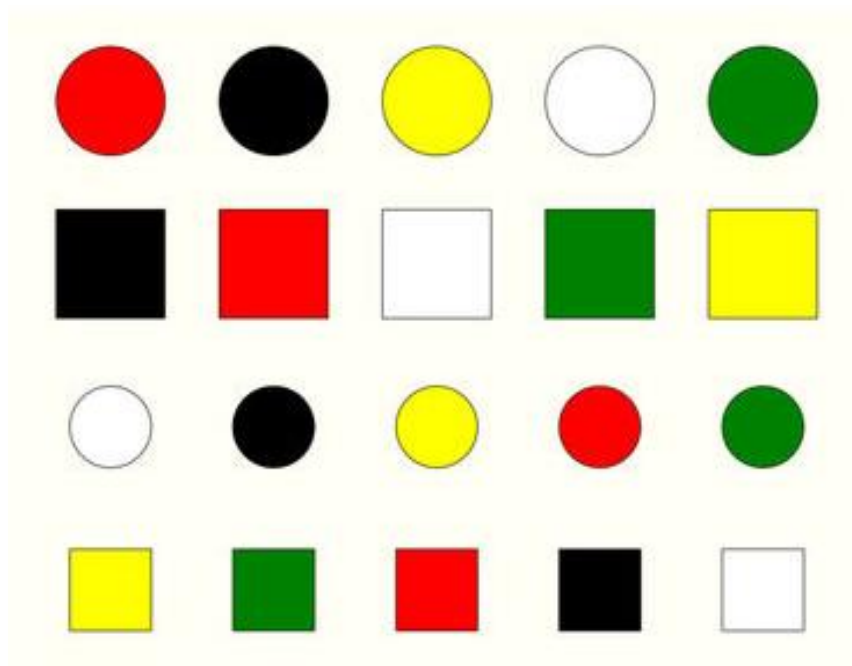
Os comandos no *Token Tests* são independentes de redundâncias numa situação comunicativa. Todos os comandos consistem em palavras não redundantes, referindo-se a círculos e (no original *Token Test*) retângulos em cores diferentes (Original *Token Test*: vermelho, verde, azul, amarelo e branco) e tamanhos (grandes e pequenos). Os objetos não fornecem uma sugestão para uma ação específica. Para executar a ação solicitada, toda palavra de conteúdo deve ser decodificada.

Cada vez mais, o *Token Test* é usado como uma medida seletiva para a presença de afasia e como um indicador para a gravidade da mesma.

O teste original consiste em 61 comandos. Devido ao seu uso frequente na prática clínica, várias formas curtas são desenvolvidas. Em 1987, De Renzi e Faglioni desenvolveram um formulário curto com apenas 36 comandos, sugerindo-o como "o teste padrão para fins de diagnóstico". Os retângulos foram alterados para quadrados devido à sua ocorrência mais frequente. A cor azul foi alterada para preto, pelas dificuldades sentidas com a discriminação de azul e verde.

Atualmente o formulário curto é o utilizado para fins de diagnóstico. Os 36 comandos são divididos em 6 partes distintas: em três delas são utilizadas todas as peças do *Token Test*, sendo nas outras três utilizadas apenas as peças de grandes dimensões. As peças devem ser dispostas com uma sequência

específica, alternando as cores, os tamanhos e as formas, conforme ilustra a seguinte figura:



Sequência em que devem ser dispostas as peças durante o *Token Test*

Ao longo do procedimento os comandos são fornecidos um de cada vez, passando para o seguinte quando a pessoa tiver executado o anterior, independentemente de o ter feito, ou não, com sucesso. Por cada comando correto é atribuído um ponto.

(Fonte: <http://www.tokenetest.eu/en/information>)

ANEXO V

Montreal Cognitive Assessment (MoCA): versão portuguesa 7.3 – versão
alternativa

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)

VERSÃO PORTUGUESA 7.3 – VERSÃO ALTERNATIVA

Nome: _____ Idade: _____

Gênero: _____ Data de Nascimento: _____

Escolaridade: _____ Data de Avaliação: _____

VISUO-ESPACIAL / EXECUTIVA		Copiar o cilindro		Desenhar um Relógio (nove e dez) (3 pontos)		Pontos	
				<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>[]</div> <div>[]</div> <div>[]</div> </div>		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>[]</div> <div>[]</div> <div>[]</div> </div>	
				Contorno	Números	Ponteiros	
						___/5	
NOMEAÇÃO							
<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> <div>[]</div> </div> <div> <div>[]</div> </div> <div> <div>[]</div> </div> </div>							
___/3							
MEMÓRIA	Leia a lista de palavras. O sujeito deve repeti-las. Realize dois ensaios. Solicite a evocação da lista 5 minutos mais tarde.		Barco	Ovo	Calças	Sofá	Roxo
	1º ensaio						
	2º ensaio						
							Sem Pontuação
ATENÇÃO	Leia a sequência de números. (1 número/segundo)	O sujeito deve repetir a sequência. [] 5 4 1 8 7 O sujeito deve repetir a sequência na ordem inversa. [] 1 7 4					___/2
	Leia a série de letras (1 letra/segundo). O sujeito deve bater com a mão cada vez que for dita a letra A. Não se atribuem pontos se ≥ 2 erros.	[] FBACMNAAJKLBAFAKDEAAAJAMOFAB					___/1
	Subtrair de 7 em 7 começando em 80. [] 73 [] 66 [] 59 [] 52 [] 45	4 ou 5 subtrações corretas: 3 pontos; 2 ou 3 corretas: 2 pontos; 1 correta: 1 ponto; 0 corretas: 0 pontos					___/3
LINGUAGEM	Repetir: Ela soube que o advogado dele meteu um processo após o acidente. []	As meninas a quem deram muitos doces ficaram com dores de barriga. []					___/2
	Fluência verbal: Dizer o maior número possível de palavras que comecem pela letra "M" (1 minuto). [] _____ (N ≥ 11 palavras)						___/1
ABSTRACÇÃO	Semelhança p.ex. entre banana e laranja = frutos []	olho - ouvido [] trompete - piano					___/2
EVOCAÇÃO DIFERIDA	Deve recordar as palavras SEM PISTAS	Barco	Ovo	Calças	Sofá	Roxo	Pontuação apenas para evocação SEM PISTAS
		[]	[]	[]	[]	[]	
Opcional	Pista de categoria Pista de escolha múltipla						
ORIENTAÇÃO	[] Dia do mês [] Mês [] Ano [] Dia da semana [] Lugar [] Localidade						___/6
Adapted by : Z. Nasreddine MD, N. Phillips PhD, H. Chertkow MD © Z.Nasreddine MD www.mocatest.org						Examinador: _____ TOTAL _____/30	

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MoCA)

Versão 7.3

Instruções para a Administração e Cotação

O Montreal Cognitive Assessment (MoCA) foi concebido como um instrumento de rastreio breve da disfunção cognitiva ligeira. Este instrumento avalia diferentes domínios cognitivos: função executiva; capacidade visuo-espacial; memória; atenção, concentração e memória de trabalho; linguagem; e orientação temporal e espacial. O tempo de administração é de aproximadamente 10 a 15 minutos. A pontuação máxima é de 30 (pontos).

1. Alternância Conceptual (Trail Making Test B - adaptado)

Administração: Assinalando o espaço adequado na folha de protocolo, o examinador apresenta, de forma pausada, as seguintes instruções ao sujeito: ***“Neste espaço existem alguns números e letras. Gostaria que desenhasse uma linha, sem levantar a caneta, alternando entre números e letras, respeitando a ordem dos números e do alfabeto. Comece aqui no número 1 (apontar para o número 1) e desenhe uma linha até à letra A, continue até ao número 2, e depois continue para a letra seguinte e por aí adiante alternando entre números e letras, até chegar à letra E. Termine aí*** (apontar a letra E)”. No caso de o sujeito não ter compreendido as instruções, estas devem ser repetidas integralmente. Durante a execução da tarefa, não devem ser fornecidas quaisquer ajudas.

Cotação: Atribuir 1 ponto se o sujeito desenha com sucesso a seguinte sequência (sem desenhar qualquer linha cruzada): 1-A-2-B-3-C-4-D-5-E.

Atribuir 0 pontos se a sequência não é respeitada ou se, durante a execução, o sujeito não corrigir imediatamente um erro, qualquer que ele seja.

2. Capacidades Visuo-Espaciais (Cilindro)

Administração: O examinador apresenta as seguintes instruções, apontando para o cilindro: ***“Copie este desenho do modo mais parecido que conseguir, no espaço em baixo. Avise quando terminar.”***. Não devem ser fornecidas quaisquer ajudas ou indicações adicionais ao sujeito.

Cotação: Atribuir 1 ponto se a figura for desenhada correctamente:

- O desenho deve ser tridimensional;
- Estão presentes (desenhadas) todas as linhas;
- Não são acrescentadas linhas;
- As linhas horizontais são relativamente paralelas.
- As figuras das pontas devem ser mais ovais do que círculos.
- As linhas horizontais devem tocar as ovais das extremidades.

Atribuir 0 pontos se não forem respeitados todos os critérios anteriormente assinalados.

3. Capacidades Visuo-Espaciais (Relógio)

Administração: Assinalando o espaço adequado, o examinador apresenta as seguintes instruções: ***“Agora gostaria que desenhasse um relógio redondo. Coloque todos os números no relógio e, no final, marque 9 horas e 10. Quando terminar avise. Percebeu?”***. Repetir as instruções se o sujeito não compreender. Uma vez iniciada a tarefa, não devem ser fornecidas ajudas ou orientações ao sujeito. Não deve ser feita referência aos “ponteiros”.

Cotação: Atribuir 1 ponto por cada um dos três critérios seguintes:

- **Contorno** (1 pt.): O contorno deve ser um círculo pouco deformado (p. ex., é permitida uma leve deformação de fechamento do círculo).
- **Números** (1 pt.): Todos os números devem estar presentes, sem números adicionais. Os números têm de estar na ordem correcta e colocados de

forma adequada, nos quadrantes do mostrador do relógio. São aceitáveis números romanos, bem como a colocação dos números fora do contorno do círculo (no exterior do círculo).

- **Ponteiros** (1 pt.): Os dois ponteiros devem indicar a hora correcta. O ponteiro das horas deve ser claramente mais pequeno que o ponteiro dos minutos. O ponto de junção dos ponteiros deve estar colocado aproximadamente no centro do relógio.

Atribuir 0 pontos por cada critério anterior não respeitado.

4. Nomeação

Administração: Começando da esquerda para a direita, na perspectiva do sujeito, o examinador pede ao sujeito para dizer o nome de cada um dos animais: ***“Diga-me o nome deste animal.”*** (apontar para a burro/mula). ***“E deste?”*** (apontar para o suíno/porco). ***“E deste?”*** (apontar o canguru).

Cotação: Atribuir 1 ponto por cada nomeação correcta: (1) burro/mula; (2) suíno/porco; (3) canguru.

Atribuir 0 pontos por cada nomeação incorrecta.

5. Memória

Administração: O examinador lê uma lista de 5 palavras, ao ritmo de uma palavra por segundo, logo após ter apresentado as seguintes instruções: ***“Isto é um teste de memória. Eu vou ler uma lista de palavras que deve memorizar. Escute com atenção! Quando eu terminar, vou pedir-lhe que diga todas as palavras de que se consegue lembrar. Pode dizê-las pela ordem que quiser. Está preparado(a)? “Barco, Ovo, Calças, Sofá, Roxo”.***

O examinador lê a lista de palavras uma primeira vez e regista a ordem (1º, 2º, 3º, 4º, 5º), no espaço reservado para esse efeito, pela qual o sujeito consegue repetir/evocar as palavras.

Quando o sujeito tiver terminado (lembrou-se de todas as palavras ou quando não conseguir lembrar-se de mais palavras), o examinador volta a ler a lista de palavras após as seguintes instruções: ***“Agora vou ler novamente a mesma lista de palavras. No final, tente recordar-se e dizer-me o maior número de palavras que conseguir, incluindo as palavras que repetiu da primeira vez. Está preparado(a)? “Barco, Ovo, Calças, Sofá, Roxo”.***

No espaço reservado para o efeito, o examinador regista a ordem (1º, 2º, 3º, 4º, 5º) pela qual o sujeito repetiu as palavras no segundo ensaio.

No final do segundo ensaio, o examinador informa o sujeito que deverá memorizar a lista de palavras e que terá de voltar a repeti-las, mais tarde: ***“Peço-lhe que memorize estas palavras. Irei pedir que as repita, de novo, mais tarde”.***

Cotação: Não é atribuída pontuação à prova de memória (evocação imediata, ensaios 1 e 2).

6. Atenção

6.1 Sequência numérica em sentido directo

Administração: O examinador lê uma sequência de 5 dígitos, ao ritmo de um dígito por segundo, logo após ter dado as seguintes instruções: ***“Vou dizer-lhe alguns números. Quando acabar, quero que repita esses números pela mesma ordem que eu os disse. Está preparado(a)? Atenção! 5-4-1-8-7”.***

6.2 Sequência numérica em sentido inverso

Administração: O examinador lê uma sequência de 3 dígitos, ao ritmo de um dígito por segundo, logo após ter dado as seguintes instruções: ***“Agora vou dizer-lhe mais alguns números. Quando acabar, quero que repita esses números na ordem inversa à que lhe disse, diga-os ao contrário. Por***

***exemplo, se eu lhe disser 1-3, deve dizer-me 3-1. Está preparado(a)?
Atenção! 1-7-4”.***

Cotação: Atribuir 1 ponto por cada sequência repetida correctamente (a ordem exacta de repetição da sequência numérica em sentido inverso é 4-7-1).

Atribuir 0 pontos, por cada repetição incorrecta (sentido directo e sentido inverso).

6.3 Concentração (Cancelamento)

Administração: O examinador lê uma série de letras, ao ritmo de uma letra por segundo, logo após ter dado as seguintes instruções: ***”Vou ler várias letras. Sempre que eu disser a letra A, bata com a mão na mesa. Quando eu disser uma outra letra diferente, não bata com a mão. Está preparado(a)?”.***

Cotação: Atribuir 1 ponto se a execução é correcta (admite apenas a ocorrência de um erro).

Atribuir 0 pontos se houver mais de um erro, isto é, ≥ 2 erros (considera-se erro quando o sujeito bate com a mão sendo a letra dita errada – outra letra que não A; ou quando o sujeito não bate com a mão, tendo sido dita a letra A).

6.4 Subtracção em sequência de 7

Administração: O examinador apresenta as seguintes instruções: ***“Agora vou pedir-lhe que me diga quanto é 80 menos 7 e, depois, continue a tirar 7 ao número que deu como resposta. Vá retirando sempre 7, até eu lhe dizer para parar. Percebeu? Está preparado(a)?”.*** Repetir a instrução duas vezes, se necessário, antes do início da realização da tarefa. Parar, após serem efectuadas 5 subtracções (independentemente de estarem ou não correctas).

Cotação: Nesta prova, a pontuação máxima possível é de 3 (pontos). A pontuação será de 0 pontos se nenhuma subtracção estiver correcta. Atribuir 1 ponto por uma subtracção correcta; 2 pontos por duas ou três subtracções correctas; e 3 pontos por quatro ou cinco subtracções correctas.

Cada subtracção é avaliada individualmente, isto é, se o sujeito comete um erro de subtracção, mas depois faz subtracções de 7 correctas, a partir do número que dá como resposta, é atribuída pontuação a essas respostas. Por exemplo, um sujeito responde $80-7=72-65-58-51-44$; a resposta “72” é incorrecta, mas os números seguintes foram correctamente subtraídos, pelo que se deve atribuir uma pontuação de 3 (pontos).

No caso de o sujeito recorrer à estratégia de contar pelos dedos, não deve haver penalização, uma vez que esta estratégia é compensatória, implicando a utilização de recursos disponíveis e não prejudicando a Atenção, Concentração e Memória de Trabalho que a tarefa pretende avaliar.

Se o sujeito não efectuar subtracções sucessivas de modo espontâneo, deve ser dito apenas: ***“Continue, até eu lhe pedir para parar.”***

No caso de o sujeito não recordar o número resultante da última subtracção, deve dar-se a indicação ***“Procure lembrar-se ...”***. Se ele ainda assim, não conseguir recordar, então dizer o último número mas penalizar a subtracção imediatamente seguinte (cotar como zero). Do mesmo modo deve ser penalizada a subtracção a partir de um número distinto do resultado referido. O resultado das subtracções seguintes segue o procedimento de cotação geral previsto para a tarefa.

7. Repetição de frases

Administração: O examinador dá as seguintes instruções: ***“Agora vou ler uma frase. Quero que a repita, tal como eu a disser, com as mesmas palavras, logo depois de eu terminar de a ler [pausa]:***

“Ela soube que o advogado dele meteu um processo após o acidente”.

Após esta primeira tarefa, o examinador diz: ***“Agora vou ler outra frase. Quero que a repita, tal como eu a disser, com as mesmas palavras, logo depois de eu terminar de a ler”*** [pausa]:

“As meninas a quem deram muitos doces ficaram com dores de barriga”.

Cotação: Atribuir 1 ponto por cada frase repetida correctamente. A repetição deve ser exacta. O examinador deve prestar atenção aos erros por omissão (p. ex., omitir “muitos”), substituição (p. ex., trocar “doces” por “bolos”) e/ou adição (p. ex., “acidente de carro”).

Atribuir 0 pontos, por cada frase repetida incorrectamente.

8. Fluência Verbal Fonémica

Administração: O examinador apresenta as seguintes instruções: ***“Agora vou pedir-lhe que diga o maior número possível de palavras que comecem por uma determinada letra, que lhe vou dizer a seguir. Pode dizer qualquer tipo de palavra, menos nomes próprios, como nomes de pessoas ou de lugares. Por exemplo, se eu disser “A”, o(a) senhor(a) pode dizer “água” ou “andar”, mas não pode dizer “António” ou “Aveiro”. Também não pode usar duas ou mais palavras da mesma família (p. ex. galinha, galinheiro). Percebeu? [Caso o sujeito não tenha entendido voltar a dar as instruções]. Tem um minuto para dizer o maior número de palavras que se lembrar, que comecem pela letra M, como por exemplo, “mapa”. [Tempo: 60 segundos]. Pare!”***

Cotação: Atribuir 1 ponto se o sujeito disser 11 ou mais palavras em 60 segundos. Registar as respostas do sujeito no verso da folha de protocolo.

Atribuir 0 pontos se o sujeito disser menos de 11 palavras (< 11 palavras).

9. Abstracção (Semelhanças)

Administração: O examinador pede ao sujeito que diga o que têm em comum dois elementos apresentados, ilustrando com o seguinte exemplo: ***“Diga-me agora em que são parecidas uma banana e uma laranja?”***. Se o sujeito dá uma resposta concreta (p. ex., têm casca), o examinador repete apenas mais uma vez: ***“Diga-me em que mais são parecidas uma banana e uma laranja?”***. Se o sujeito não dá uma resposta adequada (são vegetais), o examinador deve dizer: ***“Sim, e ambas são frutos”***. Não dar quaisquer outras instruções ou explicações.

Depois do ensaio (item de treino), o examinador diz: ***“Agora diga-me, em que são parecidos um olho e um ouvido?”***.

Após a resposta do sujeito, o examinador deve perguntar: ***“E em que são parecidos um trompete e um piano?”***.

Não dar pistas ou instruções suplementares.

Cotação: Apenas os dois últimos itens são cotados (o item de treino não é cotado). Atribuir 1 ponto por cada resposta correcta (pontuação máxima possível: 2 pontos).

- São **aceitáveis** as seguintes respostas:
 - olho / ouvido: p. ex.: órgãos dos sentidos, partes da cabeça, partes do corpo.
 - trompete / piano: p. ex.: instrumentos musicais, servem para tocar.
- Respostas **não aceitáveis**:
 - olho / ouvido: p. ex.: partes da cara/rosto. – trompete / piano: p. ex.: são de metal.

10. Evocação diferida

Administração: O examinador dá as seguintes instruções: *“Li há pouco uma lista de palavras, que depois o(a) senhor(a) repetiu, por duas vezes. Pedi-lhe que a memorizasse para repetir mais tarde. Agora, diga todas as palavras que conseguir recordar”*. O examinador assinala pela ordem de evocação (1, 2, 3, 4, 5), no espaço para esse efeito, todas as palavras que o sujeito evoca sem a ajuda de pistas.

Nota importante: A evocação diferida deve ocorrer após 5 minutos da aprendizagem da lista, mesmo que isso implique alterar a ordem de administração dos itens.

Cotação: Atribuir 1 ponto por cada uma das palavras recordadas sem qualquer pista.

Opcional: Para as palavras que o sujeito não recorda espontaneamente, o examinador proporciona pistas de categoria semântica. Em seguida, para as palavras que o sujeito não recorda, mesmo com pistas de categoria semântica, o examinador oferece uma selecção de respostas possíveis e o sujeito deve identificar a palavra adequada (reconhecimento). Apresentamos, no quadro que se segue, as pistas para cada palavra:

Palavra	Pista de categoria	Escolha múltipla
Barco	Meio de transporte	Bicicleta, barco, comboio
Ovo	Tipo de alimento	Sanduíche, cenoura, ovo
Calças	Tipo de vestuário	Calças, luvas, lenço
Sofá	Tipo de mobiliário	Mesa, sofá, lâmpada
Roxo	Uma cor	Roxo, castanho, laranja

Cotação: não se atribuem pontos às palavras recordadas com pistas. Assinalar com um visto (✓), no espaço para esse efeito, as palavras que foram ditas a partir de uma pista (de categoria semântica ou de escolha múltipla). Ao serem proporcionadas pistas, os dados obtidos nesta prova oferecem informação clínica sobre a natureza das dificuldades mnésicas. Quando se trata de dificuldades de recuperação de informação, o desempenho pode melhorar graças às pistas. No caso de dificuldades no processo de codificação, as pistas não melhoram o desempenho.

11. Orientação

Administração: O examinador dá as seguintes instruções: ***“Diga-me qual é a data de hoje?”***. Se o sujeito der uma resposta incompleta, o examinador diz: ***“Diga o ano, o mês, o dia do mês (data) e o dia da semana”*** (não questionar para as categorias temporais que o sujeito já referiu). A seguir, o examinador pergunta: ***“Diga como se chama o lugar onde estamos agora e em que cidade/vila/aldeia nos encontramos”***.

Cotação: Atribuir 1 ponto por cada item correctamente respondido. O sujeito deve saber a data exacta e o local exacto (hospital, clínica, consultório, etc.).

Atribuir 0 pontos por cada resposta incorrecta.

Pontuação Total

Some todos os pontos assinalados na margem direita da folha de protocolo (para uma pontuação máxima possível de 30 pontos).

MoCA Version 2; May 2011

Adapted by: Z. Nasreddine MD, N. Phillips, PhD, H. Chertkow, MD

© Z. Nasreddine MD

www.mocatest.org

Versão Portuguesa:

Freitas, S., Simões, M. R., Santana, I., Martins, C. & Nasreddine, Z. (2013). Montreal Cognitive Assessment (MoCA): Versão 2. Coimbra: Laboratório de Avaliação Psicológica, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

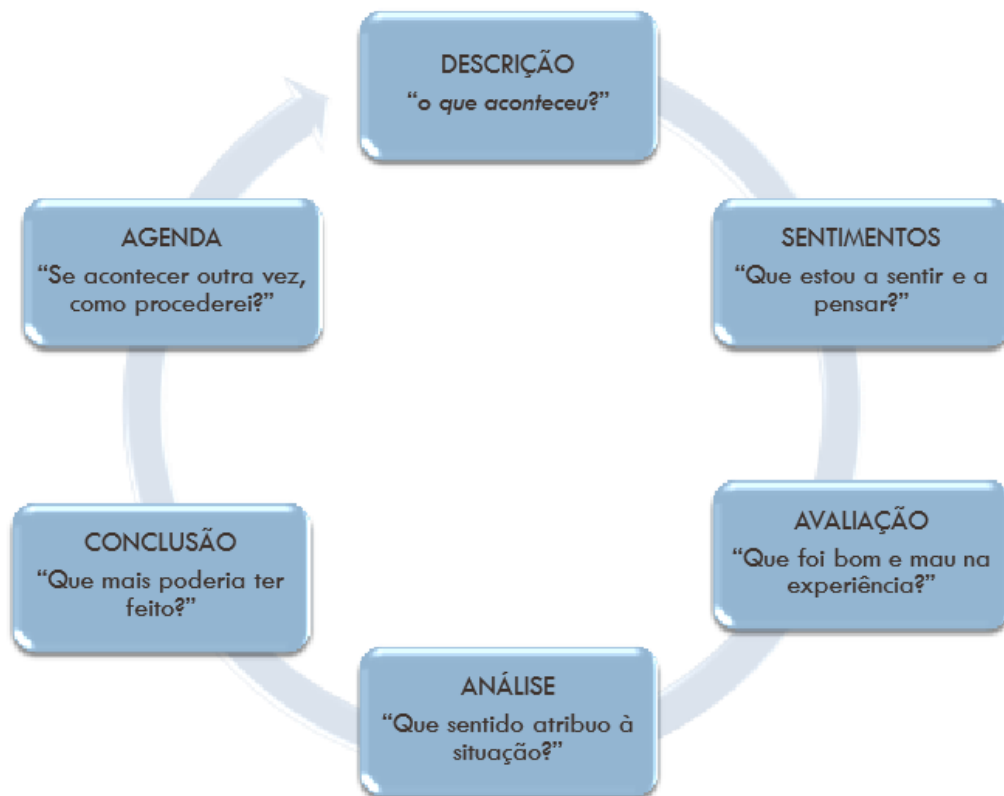
Contactos:

Sandra Freitas. Laboratório de Avaliação Psicológica. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Rua do Colégio Novo, 3001-802 Coimbra (Portugal)

E-mail: sandrafreita0209@gmail.com

ANEXO VI

Ciclo Reflexivo de Gibb's



Gibbs' Reflective Cycle (1988). (Fonte: Mahlanze, H.T., Sibiya, M.N. & Govender, S. (2015). Guided reflection: a valuable tool for improving undergraduate student nurses' level of reflection. *African Journal for Physical, Health Education, Recreation and Dance*, 1(2), 396-408)

ANEXO VII

Medida de Independência Funcional



Anexo IV – Escala de Medida de Independência Funcional (MIF)

APELIDO _____	NOME _____	IDADE _____	SEXO _____	P.U.nº _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
DIAGNÓSTICO _____						

INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL

NÍVEL	7 Independência completa (em segurança, em tempo normal) 6 Independência modificada (dispositivo)	SEM AJUDA										
	Dependência modificada 5 Supervisão 4 Ajuda mínima (indivíduo >=75%) 3 Ajuda moderada (indivíduo >=50%) Dependência completa 2 Ajuda máxima (indivíduo >=25%) 1 Ajuda total (indivíduo <25%)	AJUDA										
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 15%;">SEMANAS OU MESES</th> <th style="width: 12.5%;">ANTES</th> <th style="width: 12.5%;">1M</th> <th style="width: 12.5%;">4M</th> <th style="width: 12.5%;">12M</th> </tr> <tr> <td>DATA</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	SEMANAS OU MESES	ANTES	1M	4M	12M	DATA					
SEMANAS OU MESES	ANTES	1M	4M	12M								
DATA												
AUTO-CUIDADOS												
A. Alimentação	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>								
B. Higiene pessoal	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>								
C. Banho	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>								
D. Vestir metade superior	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>								
E. Vestir metade inferior	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>								
F. Utilização da sanita	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>								
CONTROLO DOS ESFINCTERES												
G. Bexiga	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>								
H. Intestino	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>								
MOBILIDADE												
TRANSFERÊNCIAS												
I. Leito, Cadeira, Cadeira de Rodas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>								
J. Sanita	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>								
K. Banheira, Duche	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>								
LOCOMOÇÃO												
L. Marcha/Cadeira de Rodas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>								
M. Escadas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>								
COMUNICAÇÃO												
N. Compreensão	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>								
O. Expressão	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>								
CONSCIÊNCIA DO MUNDO EXTERIOR												
P. Interação social	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>								
Q. Resolução dos problemas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>								
R. Memória	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>								
TOTAL		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>								

NOTA: Não deixe nenhum item em branco. Se não for possível, marque ?

ANEXO VIII

Programa de Estimulação Multissensorial

	NORMA DE PROCEDIMENTO	POL Nº 0XXX ou NPG Nº 1XXX ou NCC Nº 2XXX
	CÓDIGO DO SERVIÇO/UNIDADE – 3091	

APROVAÇÃO

ASSUNTO:	Programa de Estimulação Multissensorial (PEM) para Doentes com Alterações Severas do Estado de Consciência
FINALIDADE:	Promover a estimulação dos doentes em Coma, Estado Vegetativo e Estado Mínimo de Consciência, com vista a aumentar o seu nível de consciência
DESTINATÁRIOS:	Enfermeiros do Serviço de Neurocirurgia
PALAVRAS-CHAVE:	Programa de Estimulação Multissensorial; coma; estado vegetativo; estado mínimo de consciência; Escala de Comas de Glasgow; Escala Rancho los Amigos.

Auto (es)		Data de elaboração	
Verificação CQSD		Data de Verificação	
Aprovação		Data de Aprovação	
Divulgação		Data de Divulgação	
Revisão		Data de Revisão	

Título do Documento	Programa de Estimulação Multissensorial (PEM) para Doentes com Alterações Severas do Estado de Consciência	Versão	Pág. 1 de 16
---------------------	--	--------	--------------

REGISTO DE ALTERAÇÕES

Versão Nº	Data de elaboração	Data de divulgação	Elaborado por	Motivo da Alteração

SIGLAS

ECG -- Escala de Comas de Glasgow

EMC -- Estado Mínimo de Consciência

ERA -- Escala Rancho los Amigos

EV -- Estado Vegetativo

PEM -- Programa de Estimulação Multissensorial

INTRODUÇÃO

No Serviço de Neurocirurgia do [REDACTED] confrontamo-nos, frequentemente, com doentes onde estão presentes alterações severas do estado de consciência de etiologia diversa. Estão aqui incluídos, os doentes em Coma, Estado Vegetativo (EV) e Estado Mínimo de Consciência (EMC). Os mais recentes estudos sobre neuroplasticidade comprovam que o Sistema Nervoso Central tem capacidade de regeneração, desde que haja um programa de Reabilitação Global e precoce dirigido á recuperação das funções perdidas. Sabemos também, pela pesquisa da literatura, que uma das chaves facilitadoras da evolução do nível de consciência nestes doentes está num Programa de Estimulação Multissensorial sistematizado. Na prática do nosso serviço constatamos que alguns enfermeiros já estão sensibilizados para a estimulação destes doentes e a efectuam, embora de forma não sistematizada. A verdade é que estes doentes têm uma resposta comportamental escassa ou mesmo ausente e por isso não incentivam a interacção. No entanto sabemos que isso não significa ausência de percepção, há pois necessidade de serem estimulados. Perante esta problemática considerámos uma prioridade, na gestão dos cuidados de enfermagem, o investimento na estimulação multissensorial. Para tal resolvemos fazer um projecto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de Enfermagem que incluísse um programa de estimulação multissensorial para estes doentes, envolvendo toda a equipa de enfermagem e a própria família do doente, no âmbito do qual surge esta norma.

CONCEITOS

Consciência

- "é um estado mental em que temos conhecimento da nossa própria existência e da existência daquilo que nos rodeia". Damásio (2010)

Título do Documento	Programa de Estimulação Multissensorial (PEM) para Doentes com Alterações Severas do Estado de Consciência	Versão	Pág. 3 de 16
---------------------	--	--------	--------------

Coma

- A pessoa em Coma não dá sinais comportamentais de consciência: ausência de abertura de olhos quer espontânea quer à estimulação; comportamento motor ausente ou reflexo; sem vocalizações. “Não reagem a qualquer mensagem de quem os examina e não dão quaisquer sinais espontâneos de percepção do eu ou daquilo que os rodeia” Laurey, S. et al. (2004).

Estado Vegetativo

- A pessoa em Estado Vegetativo abre os olhos espontaneamente ou a estímulos, mas sem fixação visual; sem comportamentos intencionais; por vezes vocalizações não inteligíveis. “Os pacientes têm muitas vezes os olhos abertos, embora fitem o espaço vazio, sem dirigir o olhar para um objecto específico” Damásio (2010). Continua a não haver resposta verbal ou motora a ordens, embora possam começar a ocorrer gemidos e raramente sorriso inapropriado, choro, caretas e até palavras isoladas.

Estado Mínimo de Consciência

- Há já fixação visual, segue com o olhar e apresenta pelo menos um destes critérios propostos pelo Grupo Aspen: cumprir ordens simples, resposta sim /não verbal ou gestual, fala inteligível e comportamento propositado. Laureys et al. (2004).

Escala de Comas de Glasgow – ECG (Anexo 1)

- A ECG é usada para obter o nível de consciência em doentes na fase aguda. Utiliza como parâmetros as respostas motoras, verbais e oculares. A pontuação pode variar entre **3 e 15**. Está vocacionada para detetar, precocemente, o agravamento ou melhoria neurológica do doente.

Escala Rancho Los Amigos - ERA (Anexo 2)

- A ERA é utilizada em pessoas que se encontrem em **coma, estado vegetativo ou estado mínimo de consciência**. Tem a vantagem de ser de fácil aplicação, adequar-se ao doente com alterações do estado de consciência desde o coma até à integração na comunidade. Está concebida com **8 níveis**, que correspondem a 8 estádios de progressão do **funcionamento cognitivo** dos doentes com lesões cerebrais, de nenhuma resposta até ao comportamento intencional e apropriado.

Programas de Estimulação Multissensorial

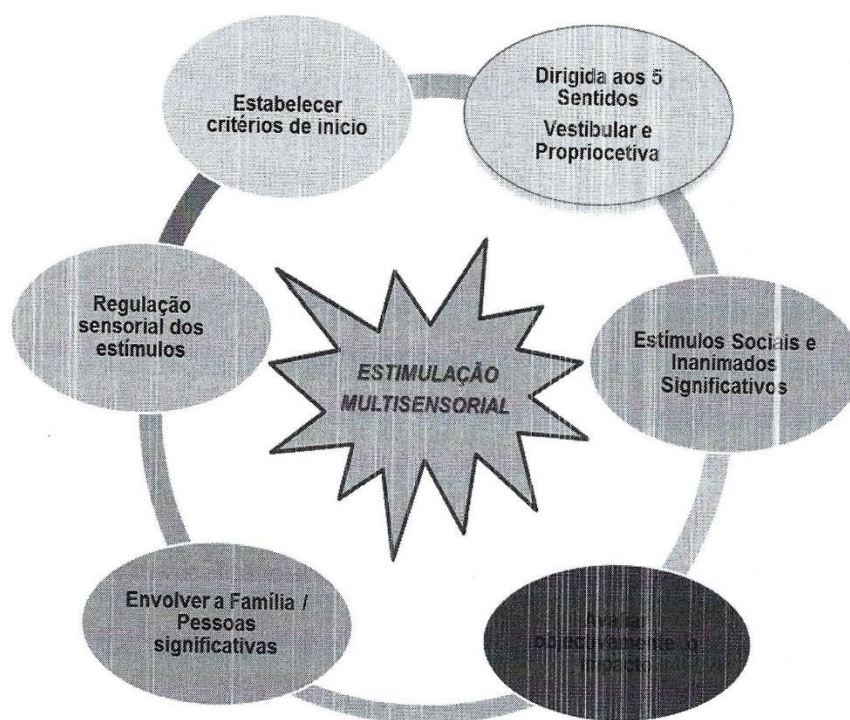
- Baseiam-se em estímulos auditivos, olfactivos, visuais, tácteis, gustativos e vestibulares que facilitam a capacidade de captar essa informação sensorial e evoluir no estado de consciência. Foram criados com o objectivo de colmatar a privação sensorial dos doentes em coma e facilitar a sua recuperação. Cabral et al. (2008).

“desde que uma cena tenha algum valor, desde que na altura houvesse suficiente emoção, o cérebro apreende imagens, sons, odores e sabores, num registo multimédia, e irá recuperá-los na altura própria” Damásio (2010)

DESCRIÇÃO

O PEM para doentes com Alterações Severas do Estado de Consciência, irá reger-se pelos seguintes **princípios orientadores**:

1. Estabelecimento de Critérios de Início
2. Estimulação dos 5 Sentidos, Vestibular e Proprioceptiva
3. Estímulos Sociais e Inanimados Significativos
4. Regulação Sensorial dos Estímulos
5. Envolvimento da Família / Pessoas significativas
6. Avaliação objectiva do impacto através de escalas do nível de consciência



O PEM é iniciado e continuado pelos Enfermeiros Especialistas de Reabilitação e coadjuvado pelos Enfermeiros Generalistas.

1 - ESTABELECIMENTO DE CRITÉRIOS DE INÍCIO

- Aplicar o PEM a todos os doentes em coma, estado vegetativo e estado mínimo de consciência
- Níveis I,II e III da ERA
- ECG menor que 10
- Pressão Intracraniana menor que 15 mmhg por 24 horas
- Estabilidade hemodinâmica
- Iniciar 72 horas a 1 semana após a lesão

2 - REGULAÇÃO SENSORIAL DOS ESTÍMULOS

- Manutenção de um ambiente calmo, tranquilo e confortável
- Estimulação dos sentidos de forma organizada e lenta
- Períodos de estimulação entre 15 a 45 minutos
- Proporcionar períodos de descanso
- Os estímulos são mais eficazes se forem familiares
- Frequência da estimulação:
 - PEM Enfermeiros Especialistas de Reabilitação – 1 vez por dia
 - Enfermeiros Generalistas – Durante os Cuidados de Higiene e Posicionamentos
 - Família – Não exceder 45 minutos de estimulação e deixar descansar
- Limitar número de visitas/acompanhantes a 2 de cada vez, ou 1 na UNC e Intermédios.

3- ESTIMULAÇÃO MULTISENSORIAL – PEM (ENF. ESPECIALISTA DE REABILITAÇÃO)

AUDITIVA (transversal a todas)

- Utilizar um tom de voz normal
- Cumprimentar o doente chamando-o pelo nome habitual
- Apresentar-se e orientar a pessoa no espaço e tempo
- Dar à pessoa tempo para responder mesmo que ainda não o faça de todo
- Explicar sempre o que se vai fazendo

Título do Documento	Programa de Estimulação Multissensorial (PEM) para Doentes com Alterações Severas do Estado de Consciência	Versão	Pág. 6 de 16
---------------------	--	--------	--------------

OLFACTIVA

- Passar junto às narinas uma tira de papel, humedecido com um aroma conhecido por exemplo o perfume do doente, café, limão, pinho, eucalipto, lavanda, etc. (**caixa dos cheiros**), durante aproximadamente 1 minuto. (Anexo 3)

GUSTATIVA

- Colocar na língua uma colher de café de um sabor conhecido (café, água com açúcar, água salgada, sumo de citrinos, chocolate, etc.)

VISUAL

- Mostrar objectos conhecidos e significativos para o doente, se já abre os olhos espontaneamente (fotos de família/amigos, desenhos, álbum com imagens da natureza, TV, etc.). Por Ex. Utilizar a **Tablet** para mostrar essas imagens, ou familiar via Skyp.
- **Fibras ópticas** com cores e **Kit Mexer**. (Anexo 3)

TÁCTIL E PROPRIOCEPTIVA

- Mobilização musculo-articular passiva dos 4 membros com estimulação verbal e proprioceptiva a cada movimento. Massagem, por exemplo dos pés ou da cabeça.
- **Fibras ópticas** com cores e **Kit Mexer**. (Anexo 3)

VESTIBULAR

- Treino de equilíbrio sentado na beira da cama quando é permitido o levantar

No final da sessão de reabilitação colocar a música do doente ou por ex. com o **Tablet** (fones), ou **TV** se o doente já abre os olhos.

Banho multissensorial na maca banheira em doentes com condições para tal – pelo menos duas vezes por semana.

4 - ESTÍMULOS SOCIAIS E INANIMADOS SIGNIFICATIVOS

• EQUIPA DE ENFERMAGEM COADJUVANTE NA ESTIMULAÇÃO MULTISENSORIAL

- Estimular o doente num ou mais dos 5 sentidos. (ex. Durante os cuidados de higiene ou nos posicionamentos). Nomeadamente:
 - Apresentar-se, orientar no espaço e tempo e dizer o que se vai fazer.
 - Utilizar produtos do doente nos Cuidados de Higiene e colocar no final o seu perfume.
 - Vestir a sua roupa.

Título do Documento	Programa de Estimulação Multissensorial (PEM) para Doentes com Alterações Severas do Estado de Consciência	Versão	Pág. 7 de 16
---------------------	--	--------	--------------

- Na altura em que se vai posicionar o doente mostrar foto ou objecto significativo.
- Depois de posicionar o doente colocar a sua música ou TV, durante 15 a 45 min.
- Registrar em folha própria que estimulação foi efectuada. **(Anexo 4)**

5 - ENVOLVIMENTO DA FAMÍLIA

• ORIENTAR E INTEGRAR A FAMÍLIA NA ESTIMULAÇÃO MULTISENSORIAL

- Explicar que o doente precisa de ser estimulado nos 5 sentidos para melhorar o seu estado de consciência.
- Explicar que os estímulos mais significativos são os já conhecidos e do agrado do doente, tanto sociais (família, amigos), como inanimados (perfume que usava, musica do seu gosto, paladares do seu agrado, objectos pessoais significativos).
- Pedir que fale com o doente em tom de voz normal.
- Pedir que alterne períodos de estimulação verbal com outros de repouso (até 45 minutos de estimulação).
- Promover o toque – dar a mão; pôr creme; massajar, pentear, etc.
- Pedir para trazer estímulos significativos para o doente (música, perfume, produtos de higiene pessoal, roupa, fotos de pessoas significativas, sabores, etc.)

6- AVALIAÇÃO OBJECTIVA DO IMPACTO (Anexo 5)

- **ESTADO DE CONSCIÊNCIA** – Coma, Estado Vegetativo, Estado Mínimo de Consciência
- **ESCALA RANCHO LOS AMIGOS** – Nível
- **ESCALA DE COMAS DE GLASGOW** – Score
- **ALTERAÇÕES HEMODINÂMICAS NO DOENTE**
 - Registrar antes e depois do PEM
 - T, F.C, T.A., F.R., PIC
- **COMPORTAMENTOS OBSERVÁVEIS DURANTE E APÓS A APLICAÇÃO DO PEM**

Registrar em observações: Abertura de olhos, vocalização, sudorese, tremores, agitação, movimentos, etc.

Título do Documento	Programa de Estimulação Multissensorial (PEM) para Doentes com Alterações Severas do Estado de Consciência	Versão	Pág. 8 de 16
---------------------	--	--------	--------------

REFERÊNCIAS

- Cabral, F., Pompeu, S., Apolinário, A., Pompeu, J. (2008). Estimulação multissensorial em pacientes comatosos: uma revisão da literatura. *O Mundo da Saúde*. São Paulo. Vol.32,nº1,p.64-69.
- Coelho, Rosa M.A. (2011). Determinantes da capacidade funcional do doente após acidente vascular cerebral – dissertação de Mestrado. Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu.
- Cranford, Ronald E. (2002). What is a minimally conscious state?. *Western Journal of Medicine*, Vol. 176, p.129-130.
- Damásio, A. (2010). O livro da consciência. A construção do cérebro consciente. Círculo de Leitores.
- Gomes, M. et al. (2010). Percepção da equipa de enfermagem em relação à audição do paciente comatoso. *Revista Brasileira de pesquisa em Saúde*. 3, Vol. 12, p. 53-58.
- Guyton, A., Hall, J. (2006). *Tratado de Fisiologia Médica*. 11ª Edição. s.l.: Elsevier.
- Haines, D. (2006). *Neurociência Fundamental: para Aplicações Básicas e Clínicas*. 3ª Edição. Rio de Janeiro: Elsevier.
- Israel, L. (1995). *Cérebro Direito Cérebro Esquerdo – Culturas e civilizações*. Lisboa: Instituto Piaget
- Laureys, S., Owen, Adrian, M., Schiff, N. (Setembro 2004). Brain function in coma, vegetative state, and related disorders. *The Lancet Neurology*: London. Vol. 3 p.537-546. Recuperado de <http://neurology.thelancet.co>
- Monteiro, A., Oliveira, C., Pereira, C. et al. A (2013). *A Oculta Face do Coma, o despertar do desconhecido*. Loures: Lusociência.
- Ordem dos Enfermeiros. (2007) *Recomendações para elaboração de guias orientadores de boa prática de cuidados*. Recuperado de http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/Recomend_Manuais_BPPraticas.pdf
- Pinto, V. (2014). *Coma - Provocar a consciência Num Movimento Espiral*. Loures: Lusodidacta.
- Rancho los Amigos, National Rehabilitation Center. Recuperado de http://rancho.org/research/bi_cognition.pdf
- Simões, J. (2011). *A Influência da Estimulação Auditiva na Pessoa em Coma – Tese de doutoramento*. Universidade de Aveiro.

ANEXOS

ANEXO 1- Escala de Comas de Glasgow – ECG

ANEXO 2 - Escala Rancho los Amigos- ERA

ANEXO 3 - Material de Estimulação Multissensorial

ANEXO 4 - Grelha de Registos do PEM para Enfermeiros

ANEXO 5 – Grelha de Registo do PEM para Enfermeiros Especialistas

ANEXO 1

Escala de Comas de Glasgow – ECG

ESCALA DE GLASGOW					
ABERTURA DE OLHOS		RESPOSTA VERBAL		RESPOSTA MOTORA	
-				1	Sem resposta
-		1	Sem resposta	2	Extensão
1	Sem resposta	2	Incompreensível	3	Flexão anormal
2	À dor	3	Inadequada	4	Retirada à dor
3	Ao estímulo verbal	4	Confusa	5	Localiza a dor
4	Espontaneamente	5	Orientada	6	Obedece a ordens
				TOTAL	

ANEXO 2

Escala Rancho los Amigos (Simões 2011) e (http://rancho.org/research/bi_cognition.pdf)

Nível	Comportamento	Descrição
I	SEM RESPOSTA	Ausência de resposta do doente a qualquer estímulo.
II	RESPOSTA GENERALIZADA	Reacção inconsistente e inapropriada do doente a estimulação não específica. (Ex: mastigação, sudorese, aumento da T.A, polipneia, gemido, movimentos)
III	RESPOSTA LOCALIZADA	Resposta específica, mas não consistente, do doente aos estímulos. (Ex: vira-se para um som; tenta observar uma pessoa que se move na sala; começa a reconhecer familiares e amigos; segue algumas instruções simples; mais acordado durante o dia).
IV	CONFUSO - AGITADO	Doente hiperactivo com redução grave da capacidade de processamento da informação.
V	CONFUSO-DESPROPOSITADO	Doente aparentemente alerta, não consegue responder a instruções simples de modo bastante razoável.
VI	CONFUSO-APROPRIADO	Doente evidencia comportamento dirigido, mas dependente da informação externa para orientação .
VII	AUTOMÁTICO-APROPRIADO	Doente aparentemente apropriado e orientado no hospital e no domicílio, cumpr automaticamente a rotina diária, com confusão mínima , ou nenhuma, e recorda-se vagamente das acções.
VIII	PROPOSITADO-APROPRIADO	Doente alerta e orientado , capaz de recordar acontecimentos passados e presentes, estando consciente e evidenciando comportamento adaptado.

ANEXO 3

Material de Estimulação Multissensorial (adquirido para o serviço de Neurocirurgia com o Prémio da Ordem dos Enfermeiros, do Projecto “*Avaliação e estimulação do doente com alterações do estado de consciência*” do Concurso dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem).

Estimulação Olfacto:

- **Caixa de Cheiros** (ROMPA) – com 12 óleos de 10 ml: cravos, sumo de limão, dentista, maçã, gotas de pêra, relva acabada de cortar, lírios do campo, cabedal, maçoapão, jacintos, garmolene e lavanda.

Estimulação Visual, Táctil e Auditiva:

- **Fibras Ópticas** (ROMPA) – 1 metro de 100 fios. Utilizar com a **Fonte de Luz (ROMPA)**, as fibras ópticas mudam constantemente de cor ao longo de todo o comprimento. Exemplos de utilização: movimentar as extremidades brilhantes para projectar a luz sobre a mão ou face; colocar nas partes do corpo que pretender.
- **Kit de Mexer** (21 bolas): **Bola ouriço macio** (3) lilás, laranja e amarelo; **Bola cristalina** (6) duas azuis, duas verdes, duas cor-de-rosa; **Bola de nó arco-íris brilhante, com som** (3); **Bola azul**, 18cm (1); **Squeezies, com som** (6); **Roda vermelha com picos** (1); Bola vermelha com saliências (1)
- **Tablet (1)** (com cabo, capa, suporte e 12 hedset)

ANEXO 4

Grelha de Registos do PEM para Enfermeiros

**GRELHA DO PEM
PARA OS ENFERMEIROS
Serviço de Neurocirurgia**

ETIQUETA DO DOENTE

		DATA											
		HORA	Início	Início	Início	Início	Início	Início	Início	Início	Início	Início	Início
			Final	Final	Final	Final	Final	Final	Final	Final	Final	Final	Final
ESTIMULAÇÃO	Auditiva												
	Olfactiva												
	Gustativa												
	Visual												
	Táctil e Proprio- ceptiva												
	Vestibular												
	OBSERVAÇÕES												

ANEXO 5

Grelha de Registo do PEM para Enfermeiros Especialistas

Título do Documento	Programa de Estimulação Multissensorial (PEM) para Doentes com Alterações Severas do Estado de Consciência	Versão	Pág. 14 de 16
---------------------	--	--------	---------------

GRELHA DO PEM
PARA OS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS DE REABILITAÇÃO
 Serviço de Neurocirurgia

ETIQUETA DO DOENTE

DATA										
HORA		Início	Início	Início	Início	Início	Início	Início	Início	Início
		Final	Final	Final	Final	Final	Final	Final	Final	Final
Estado Hemodinâmico (1)	Antes	T: _____	T: _____	T: _____	T: _____	T: _____	T: _____	T: _____	T: _____	T: _____
		FC: _____	FC: _____	FC: _____	FC: _____	FC: _____	FC: _____	FC: _____	FC: _____	FC: _____
		FR: _____	FR: _____	FR: _____	FR: _____	FR: _____	FR: _____	FR: _____	FR: _____	FR: _____
		TA: _____	TA: _____	TA: _____	TA: _____	TA: _____	TA: _____	TA: _____	TA: _____	TA: _____
	Depois	PIC: _____	PIC: _____	PIC: _____	PIC: _____	PIC: _____	PIC: _____	PIC: _____	PIC: _____	PIC: _____
		T: _____	T: _____	T: _____	T: _____	T: _____	T: _____	T: _____	T: _____	T: _____
		FC: _____	FC: _____	FC: _____	FC: _____	FC: _____	FC: _____	FC: _____	FC: _____	FC: _____
		FR: _____	FR: _____	FR: _____	FR: _____	FR: _____	FR: _____	FR: _____	FR: _____	FR: _____
		TA: _____	TA: _____	TA: _____	TA: _____	TA: _____	TA: _____	TA: _____	TA: _____	TA: _____
		PIC: _____	PIC: _____	PIC: _____	PIC: _____	PIC: _____	PIC: _____	PIC: _____	PIC: _____	PIC: _____
Estado de Consciência (2)										
ECG (3)	AO									
	RV									
	RM									
	TOTAL									
NÍVEL DA ERA (4)										
EM (5)	Auditiva									
	Olfactiva									
	Gustativa									
	Visual									
	Táctil/Proprioceptiva									
	Vestibular									
OBSERVAÇÕES										

(1) ESTADO HEMODINÂMICO: Registrar FC; TA; FR; PIC.

(2) ESTADO DE CONSCIÊNCIA: Coma (C); Estado Vegetativo (EV); Estado Mínimo de Consciência (EMV); Estado Confusional (EC)

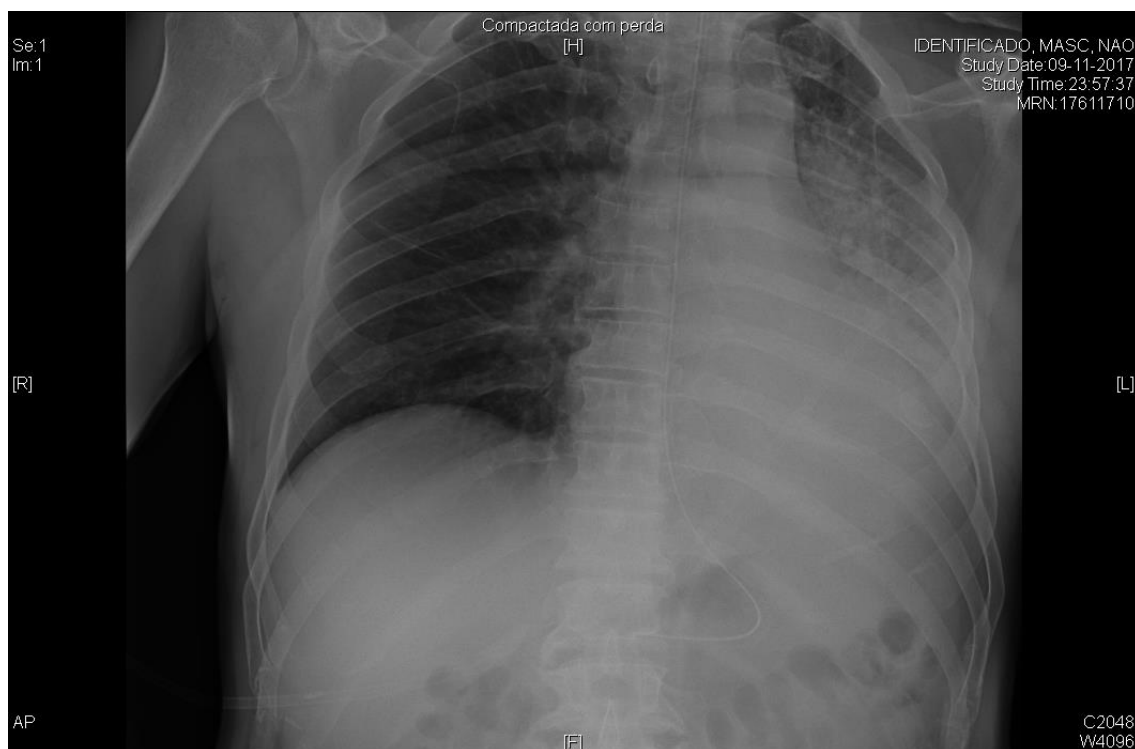
(3) ESCALA DE GLASGOW: Abertura Ocular (AO); Resposta Verbal (RV); Resposta Motora (RM).

(4) NÍVEL DA ESCALA RANCHO LOS AMIGOS (Nível I) Sem resposta; (Nível II) Resposta Generalizada; (Nível III) Resposta Localizada

(5) ESTIMULAÇÃO MULTISSENSORIAL (Auditiva, Olfactiva, Gustativa, Visual, Táctil/Proprioceptiva, Vestibular)

ANEXO IX

Radiografia do Tórax: atelectasia antes e após RFR



Radiografia do tórax: antes da RFR



Radiografia do tórax: após RFR

ANEXO X

Certificado de presença no Congresso Internacional de Enfermagem de
Reabilitação 2017 e respetiva apresentação de *poster*



CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO 2017

30/11 - 2/12 | AXIS VERMAR CONFERENCE & BEACH HOTEL | PÓVOA DE VARZIM



Certifica-se que:

Filipa Cristina Pinto Santos

esteve presente no **Congresso APER 2017**, que decorreu na Póvoa de Varzim
de **30 de novembro a 2 de dezembro de 2017**, num total de 18 horas.

E apresentou:

Poster - A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Reabilitação na Comunicação Não-Verbal à
Pessoa com Lesão Cerebral

Fotografia - Acessibilidade: Construindo Pontes Neurais

A Presidente da APER,

(Isabel Ribeiro)

www.aper.pt | 931756382 | 913805211 | 933268481 | 914291001

ANEXO XI

Certificados de participação nos *Workshop's* do Congresso Internacional de
Enfermagem de Reabilitação 2017



CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO 2017

30/11 - 2/12 | AXIS VERMAR CONFERENCE & BEACH HOTEL | PÓVOA DE VARZIM

ACESSIBILIDADE EM SAÚDE: GARANTIR QUALIDADE DE VIDA

Certifica-se que:

Filipa Cristina Pinto Santos

esteve presente no

**Workshop: Avaliação e estratégias para a reabilitação de utentes
com demência**

que decorreu no Congresso Internacional de Enfermagem
de Reabilitação 2017, na Póvoa de Varzim, de 30/11 a 2/12.

A Presidente da APER,

(Isabel Ribeiro)

www.aper.pt | 931756382 | 913805211 | 933268481 | 914291001



CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO 2017

30/11 - 2/12 | AXIS VERMAR CONFERENCE & BEACH HOTEL | PÓVOA DE VARZIM

ACESSIBILIDADE EM SAÚDE: GARANTIR QUALIDADE DE VIDA

Certifica-se que:

Filipa Cristina Pinto Santos

esteve presente no

Workshop: Massagem Tui Na

que decorreu no Congresso Internacional de Enfermagem
de Reabilitação 2017, na Póvoa de Varzim, de 30/11 a 2/12.

A Presidente da APER,

(Isabel Ribeiro)

www.aper.pt | 931756382 | 913805211 | 933268481 | 914291001



CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO 2017

30/11 - 2/12 | AXIS VERMAR CONFERENCE & BEACH HOTEL | PÓVOA DE VARZIM

ACESSIBILIDADE EM SAÚDE: GARANTIR QUALIDADE DE VIDA

Certifica-se que:

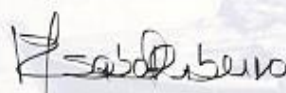
Filipa Cristina Pinto Santos

esteve presente no

Workshop: Corpo fala: uma abordagem à comunicação não verbal

que decorreu no Congresso Internacional de Enfermagem
de Reabilitação 2017, na Póvoa de Varzim, de 30/11 a 2/12.

A Presidente da APER,


(Isabel Ribeiro)

www.aper.pt | 931756382 | 913805211 | 933268481 | 914291001

ANEXO XII

Avaliações dos estágios

8º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM – ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM
DE REABILITAÇÃO



APRECIÇÃO DO PERCURSO DE AQUISIÇÃO/DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Estudante: Filipa Cristina Pinto Santos

Local de Estágio: Neurocirurgia

Orientador: _____

A Enf. Filipa, mostrou-se muito interessada e motivada em todo o percurso do estágio. Demonstrou conhecimentos científicos em várias áreas de forma a fundamentar a prática clínica. Integrou-se facilmente na equipa, assumindo ao longo do estágio papel de posto em enfermagem de Reabilitação. —
Realizou todo o percurso de avaliação das necessidades de planeamento e execução das intervenções de Enf. de Reabilitação como a reformulação e planeamento. Tive também a preocupação de realizar ações de formação em Serviço (comunicação de vídeo) bem como outros aspetos como folhetos na área de reabilitação.

DATA:	ORIENTADOR ESEL	ORIENTADOR ESTÁGIO	ESTUDANTE
ASSINATURAS:			Filipa Santos

Menos qualitativa do Exedent. —


ANEXO II

8º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM – ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM
DE REABILITAÇÃO

APRECIÇÃO DO PERCURSO DE AQUISIÇÃO/DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Estudante: Filipa Cristina Pinto Santos

Local de Estágio: [REDACTED] Início: 27-11-2017 Fim: 09-02-2018


Orientador: Professora Fátima Marques e [REDACTED]

Ao longo deste contexto de estágio verificou-se uma evolução positiva por parte da estudante tanto no desenvolvimento de competências como na capacidade de adaptação ao contexto do estágio específico. Foi dada a importância nesta adaptação procurando acrescentar novo conhecimento ao que havia trabalhado no anterior ano lectivo. Deste trabalho resultou a participação no congresso da APER, a elaboração de um artigo para o newsletter da Unidade bem como a realização de uma formação/workshop sobre o seu tema de projeto para toda a equipa.

Na prática clínica, sentiu dificuldade na avaliação dos distúrbios comunicacionais baseados na comunicação não-verbal, uma vez que não existe nenhum instrumento de avaliação específico sobre a comunicação não-verbal, dependendo esta da observação atenta e análise individual de cada pessoa, alvo de cuidados. Neste sentido, a estudante procurou investigar e aprofundar conhecimento sobre esta questão através de áreas científicas como a programação neurolinguística. A aplicabilidade deste conhecimento teórico-científico permitiu-lhe alcançar os objetivos delineados no seu projeto, resultando numa froalidade que era a participação da pessoa no seu respetivo programa de reabilitação. Na sua pesquisa encontrou ainda um instrumento de avaliação da compreensão da linguagem, o Token test, que baseado em comandos verbais avalia a compreensão da pessoa em relação à sua resposta não-verbal. Este foi também um aspeto positivo pois permitiu identificar défices cognitivos mais severos do que esperados antes da sua admissão.

Compreende a dinâmica de funcionamento do serviço, conseguindo estabelecer uma boa relação tanto com a equipa como com as pessoas a quem presta cuidados.

DATA: 09-02-2018

ASSINATURAS:	ORIENTADOR ESEL	ORIENTADOR ESTÁGIO	ESTUDANTE
		[REDACTED]	Filipa Santos

Na prestação de cuidados sobre avulso a situação de cada pessoa procurando a informação necessária, identificando o potencial de cada uma ultimando no planeamento de cuidados de reabilitação e sua respetiva implementação bem como na documentação dos mesmos através da elaboração de registos. Mostrou ainda dinamismo na prestação de cuidados com vista à motivação e participação